

COMBATE AOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL  
Pedro Jorge Campos da Costa

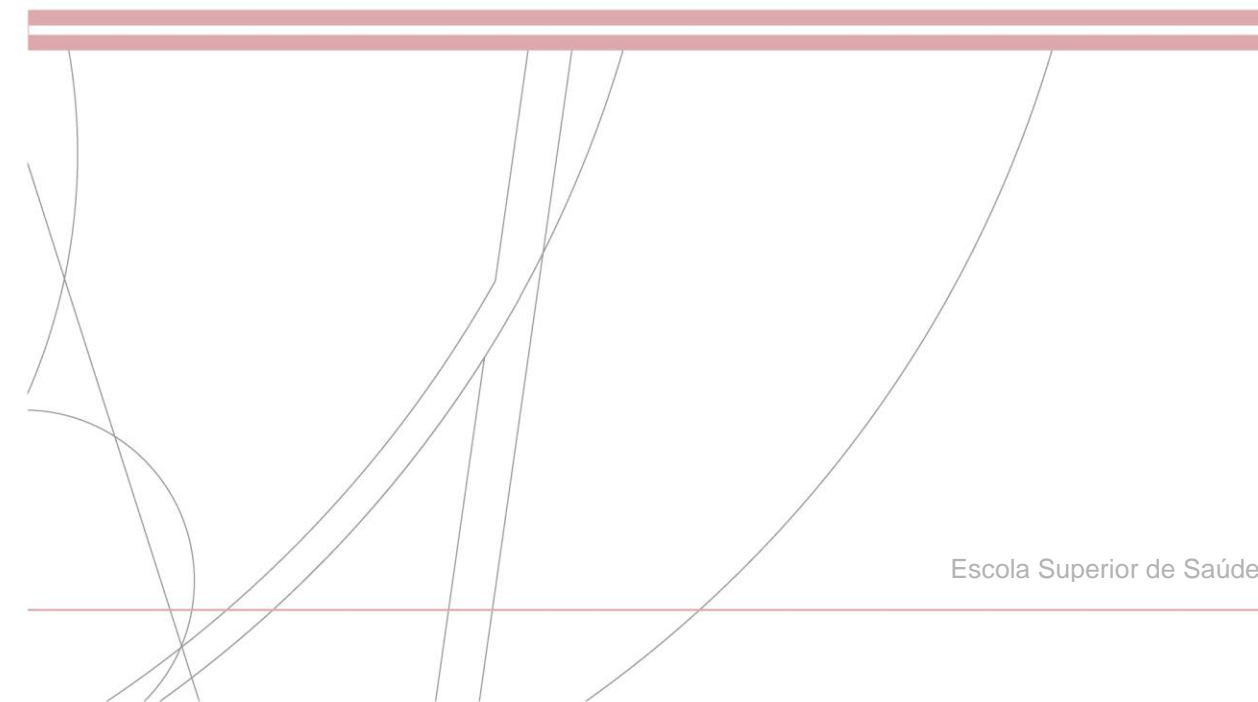
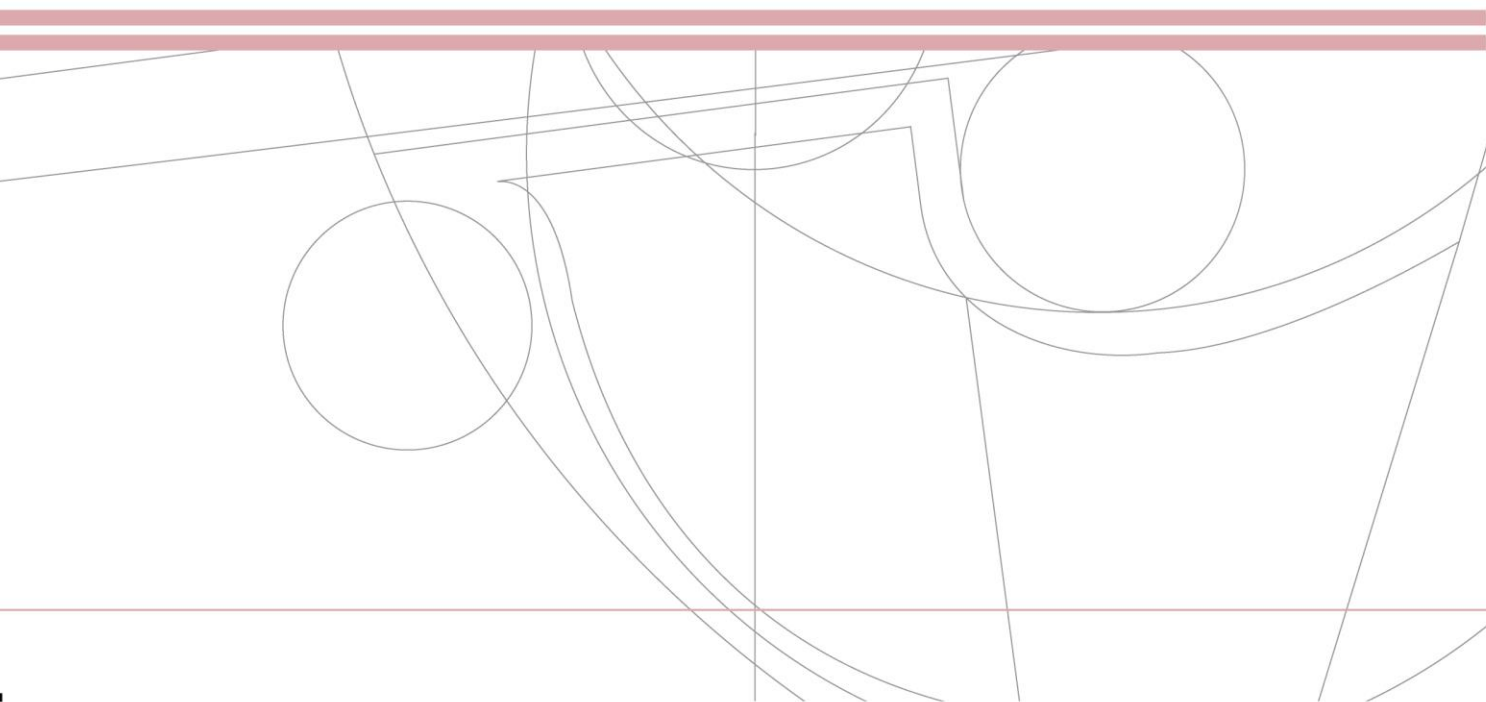
2015



# COMBATE AOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

## Projeto de intervenção integrada no concelho de Paredes de Coura

Pedro Jorge Campos da Costa



Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Pedro Jorge Campos da Costa

COMBATE AOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL  
Projeto de intervenção integrada no concelho de Paredes de  
Coura

Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Carminda Morais

Maio de 2015

## RESUMO

O álcool é uma SP, com propriedades aditivas, utilizada pelas mais diversas culturas ao longo da história da humanidade. Segundo a OMS (2015), foram identificados vários fatores de vulnerabilidade, ao nível do indivíduo e social, que afetam os níveis e padrões de consumo e a consequente magnitude dos problemas ligados ao álcool (PLA) na comunidade.

No sentido de dar resposta a esta problemática, procedemos à elaboração de um projeto de intervenção centrado numa abordagem integrada. Este assenta em pressupostos estruturantes, que passam pela intervenção em quatro dos cinco níveis de prevenção epidemiológica, (prevenção primordial, primária, secundária e terciária), pela necessária articulação entre as Unidades Funcionais (UF) do Centro de Saúde (CS), bem como pelo estabelecimento/reforço das parcerias com entidades locais relevantes.

A primeira fase da dimensão axiológica do projeto, o diagnóstico de situação, teve por base a análise documental e entrevistas com agentes relevantes na comunidade, tendo emergido quatro eixos organizativos da intervenção prioritária, nomeadamente a prestação de cuidados, organização e gestão de cuidados, adequação dos sistemas de informação e formação.

Assim, no eixo de prestação de cuidados propõem-se três atividades, a saber: ao nível da intervenção em prevenção primordial/primária, um programa de promoção da saúde em SP, no Agrupamento de Escolas deste concelho; ao nível da intervenção em prevenção secundária, a implementação de Intervenções Breves (IB), nas UF do CS; em prevenção terciária, o acompanhamento dos doentes/famílias/comunidade com PLA, por uma equipa multidisciplinar, numa perspetiva de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD).

Para o eixo organização e gestão de cuidados, pretende-se a definição das funções inerentes a cada uma das instituições que incluem este projeto.

Com o eixo adequação dos sistemas de informação, pretende-se a inclusão das IB nas intervenções contratualizadas das UF, assim como a incorporação dos indicadores de avaliação PLA nos indicadores contratualizados para esta Unidade Local de Saúde (ULS). Pretende-se ainda o contacto com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), visando estudar a possibilidade da inserção do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

Finalmente, no eixo formação, pretende-se assegurar aos respetivos atores a formação que colmate as suas necessidades, com vista à implementação das atividades planeadas neste projeto.

Neste momento, foram já encetadas atividades inerentes à formação de professores para a implementação do programa de intervenção em prevenção Primordial/Primária, assim como à formação dos profissionais de saúde em IB na prevenção secundária. A implementação da atividade de acompanhamento de indivíduos, famílias e comunidade em PLA, respeitantes à prevenção terciária, já se encontra em implementação no terreno. Impõe-se, contudo, a consolidação dos desenvolvimentos. É de salientar a adesão da equipa multidisciplinar, num contexto de diversidade das intervenções propostas em tempo e espaço físico. Provavelmente, o facto de dar resposta a necessidades efetivamente sentidas pelos membros da equipa conformou um conjunto de medidas favoráveis à implementação do projeto.

Palavras-chave: Problemas Ligados ao Álcool; Intervenção Integrada; Níveis de Prevenção.

## ABSTRACT

Alcohol is an addictive psychoactive substance (SP), with addictive properties, used by many cultures throughout human history. According to the WHO (2015), many vulnerability signs were identified, socially and individually, that affect the levels and patterns of consumption and subsequent magnitude of the problems related to alcohol in communities.

In order to tackle this problem, we have formulated an intervention project with an integral approach aimed to fight PLA. It consists of structural assumptions so as to intervene in four of the five levels of epidemiological prevention (primordial, primary, secondary and tertiary); and it recognizes the need to articulate between the Functional Units (UF) of the Medical Centres (CS) and also the importance of establishing/reinforcing partnerships with relevant local entities that will help solve and support this problem.

The first phase of the practical dimension of the project, the diagnosis of the situation, was dedicated to documental research and interviews to relevant agents in the community, thus resulting in four organizational axis of the priority intervention: caregiving, organization and management of the care, suiting of systems of information and training.

In the caregiving area, three activities were proposed: in what concerns the intervention in primordial/primary prevention, with a health/prevention program related to illnesses associated with Psychoactive Substances (SP), in the schools of this county; for the intervention in secondary prevention, with the implementation of Brief Interventions (IB), in the three UF of the CS; in tertiary prevention, with follow-ups of the ill, their families and community with PLA, by a multidisciplinary team, with the intention of Reducing Risks and Minimizing Damage (RRMD).

In the area of organization and management of the care, the roles of each institution (UF and CS) included in this project were defined.

In relation to the suiting of systems of information, we wish to include the IB in the interventions of the UF, as well as the incorporation of PLA evaluation indicators, in the indicators of this Local Health Unit (ULS). We also aim to contact the Shared Services of the Ministry of Health (SPMS), so as to assess the possibility of adopting the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Support System for the Practice of Nursing (SAPE).

Finally, in what concerns training, we wish to ensure that the actors obtain a training that will minimize their needs, in order to implement the activities described in this project.

At the moment, training for teachers has begun as a way to implement the Primordial/Primary prevention program, as well as training for health professionals in IB in secondary prevention. The implementation of follow-ups of the ill, their families and community with PLA in tertiary prevention is already in motion. However, consolidation of the development is required. We would like to stress the participation of the multidisciplinary team, in a context of diversity of interventions in time and space. Probably the need to solve problems felt directly by the members of the team, has made this project worth implementing.

Key words: Problems Related to Alcohol; Integrated Intervention; Levels of Prevention

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Professora Doutora Carmina Morais, pela oportunidade concedida, nesta aventura de conhecimento, crescimento pessoal e profissional.

À colega Cristina Isabela Pereira, pela amizade que nos professamos e pelo apoio inestimável nas lides informáticas.

À Professora Catarina Rocha, pela amizade e ajuda na tradução do resumo deste estudo.

Às Professoras Aida Antunes e Paula Silva, pela inestimável aportação na correção da nossa língua materna.

À Augustinha, pela dedicação e carinho.

E a todos os colegas e amigos, pelo cuidado e preocupação no acompanhamento deste processo.

A todos o meu mais sincero muito obrigado.

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais,

Maria Eugenia da Silva Campos da Costa

Jorge Maria da Costa.

Para vós. Pela vossa total entrega e dedicação às minhas causas.

Com todo o amor e carinho.

## PENSAMENTO

*Caminhante não há caminho. O caminho faz-se ao andar.*

Provérbio para os peregrinos a Santiago de Compostela.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	3
ABSTRACT .....	4
AGRADECIMENTOS .....	5
DEDICATÓRIA .....	6
PENSAMENTO .....	7
SUMÁRIO .....	8
ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS .....	9
ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS E SIGLAS .....	10
INTRODUÇÃO .....	12
1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA .....	15
2. CONCEÇÕES ESTRUTURANTES DO PROJETO .....	19
2.1 Modelo de Intervenção Integrada no combate aos PLA .....	19
2.2 Determinantes Sociais da Saúde .....	23
2.3 Intervenção numa lógica empoderadora e participativa .....	25
3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	27
4. PLANO DE AÇÃO .....	44
5. DO PLANEADO AO REALIZADO .....	55
6. PERSPETIVANDO O FUTURO .....	63
NOTA CONCLUSIVA .....	66
BIBLIOGRAFIA .....	69
APÊNDICES .....	80
Apêndice I .....	81
Apêndice II .....	85
Apêndice III .....	88
Apêndice IV .....	91
Apêndice V .....	93
Apêndice VI .....	98
Apêndice VII .....	101



## **ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS**

### **FIGURAS**

Figura 1– Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead .....	24
Figura 2- Diagrama de espinha de peixe .....	30

### **QUADROS**

Quadro 1 - Modelo de Intervenção integrada no combate aos PLA .....	22
Quadro 2– Analise SWOT .....	40

## **ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACES	Agrupamentos de Centros de saúde.
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde.
ARS	Administração Regional de Saúde.
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test.
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências.
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.
CRI	Centro de Respostas Integradas.
CSP	Cuidados de Saúde Primários.
CS	Centro de Saúde.
DALY	Disability Adjusted Life Years lost. (anos de vida perdidos ajustados por incapacidade)
DCE	Diagrama de Causa Efeito.
DGS	Direção Geral da Saúde.
EPS	Escola Promotora da Saúde.
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência.
IB	Intervenções Breves.
MS	Ministério da Saúde.
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico.
OE	Ordem dos Enfermeiros.
OIT	Organização Internacional do Trabalho.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
ONG	Organizações Não Governamentais.

OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
PII	Plano Individual de Intervenção.
PLA	Problemas Ligados ao Álcool.
PNS	Plano Nacional de Saúde.
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar.
RRMD	Redução de Riscos e Minimização de Danos.
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem.
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
SP	Substâncias Psicoativas.
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade.
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.
UF	Unidades Funcionais.
UIL	Unidades de Intervenção Local.
ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto Minho.
USF	Unidade de Saúde Familiar.
USP	Unidade de Saúde Pública.

## INTRODUÇÃO

O uso de Substâncias Psicoativas (SP) faz parte dos hábitos do ser humano há milhares de anos em inúmeras civilizações e, provavelmente, continuará a fazê-lo. Existem várias razões pelas quais o homem ingere bebidas alcoólicas, algumas têm a ver com motivações religiosas (na cultura judaico-cristã, o vinho simboliza o sangue de Cristo, sendo utilizado na eucaristia); culturais; por recreação; como forma de enfrentar problemas; para transgredir; como meio de socialização; para se isolar, entre outros (Ministério da Justiça do Brasil, 2011).

Segundo Bertoni, (2009), até à Idade Média, o vinho e a cerveja eram as únicas bebidas alcoólicas consumidas pelos europeus, conseguidas apenas com fermentação. Com a chegada dos Árabes, foi introduzida a destilação, aumentando assim o teor alcoólico destas bebidas. A partir do século dezasseis, com a descoberta de novos mundos, as bebidas alcoólicas adquiriram grande interesse comercial. No século dezanove, com a Revolução Industrial e as novas tecnologias de produção e conservação, assistiu-se ao aumento da possibilidade de oferta, que levou à atual generalização do consumo. Nos nossos dias, com a globalização, o álcool tornou-se um produto de elevada procura, potenciada pelo *status* que as bebidas alcoólicas adquiriram. Como tal, tornaram-se produtos de relevante importância nas balanças comerciais dos países produtores. Associado ao facto de ser uma SP legal, o seu consumo foi banalizado, estando diretamente associado à diversão e socialização, tendo-se assistido igualmente à mudança no padrão de consumo, o que acarreta consequências sérias de Saúde Pública. As consequências negativas acarretam custos sociais e económicos que preocupam organizações ao mais alto nível como a OMS.

No que se refere à sua etiologia, as abordagens mais atuais destacam o alcoolismo como consequência de determinantes multifatoriais. Surge pela interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, que se complementam na génese da patologia e complexificam as abordagens.

Num contexto de inegável complexidade, várias entidades têm emanado um conjunto de orientações no sentido de gerir/minimizar esta problemática. A Assembleia Mundial da Saúde determinou que a ação deve orientar-se no sentido da prevenção do consumo nocivo de álcool. Defende este órgão que para serem eficazes, as estratégias devem incidir nos níveis, padrões e contextos do consumo de álcool, baseadas num

conjunto de medidas que contemplem não só a população em geral, mas também os grupos vulneráveis e os indivíduos afetados. Diz ainda que devem ter em conta aspetos importantes, como a robustez da informação, as sensibilidades culturais, a adaptação às carências e contextos locais e orientarem-se para uma abordagem intersetorial, bem como uma monitorização e avaliação adequadas (OMS, 2009).

Na esteira das indicações da OMS (*ibidem*), assume-se que as Intervenção Breve (IB) lideram a lista das estratégias eficazes de tratamento. Existem evidências abundantes, emanadas por diversas unidades de saúde em vários países, que atestam a eficácia das IB a nível dos cuidados de saúde primários a indivíduos com consumo de risco e nocivo do álcool mas ainda sem dependência grave (*ibidem*). De acordo com a mesma fonte, a ação comunitária pode aumentar o reconhecimento dos malefícios do uso do álcool a nível da comunidade, reduzir a aceitação da embriaguez pública, apoiar outras medidas a nível comunitário, reforçar parcerias de instituições da comunidade e organizações não-governamentais e administrar cuidados e apoio aos indivíduos afetados e às famílias. Pode também mobilizar a comunidade contra a venda de álcool e o seu consumo por menores (*ibidem*).

Neste contexto, procura-se com o presente trabalho conformar uma intervenção integrada face a uma necessidade-problema sentida transversalmente por diferentes atores (professores, profissionais de saúde, utentes, entre outros), os Problemas Ligados ao Álcool (PLA) em particular e as demais SP em geral. Assim, parte-se do paradigma comunitário, âmbito em que se insere este mestrado, tendo como ponto de partida as bases conceituais do planeamento em saúde e da metodologia de projeto. A complexidade da intervenção em PLA obriga a uma abordagem transversal e concertada, que pode ser favorecida num contexto de efetiva colaboração entre as Unidades Funcionais (UF) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), constituídas no âmbito da última reforma dos cuidados de saúde primários, constituindo-se assim uma mais-valia. Está em jogo a maximização da operacionalização dos dispositivos jurídicos e das orientações da Direção Geral da Saúde (DGS) que norteiam a atividade destas unidades.

Neste contexto, a escola é também aqui reconhecida como um dos espaços fundamentais de aquisição/mobilização de conhecimentos e de competências no domínio da saúde, consubstanciadas a partir da educação para a saúde da comunidade escolar, na sua globalidade. Deste modo, propomos a implementação de uma equipa pluridisciplinar nuclear e alargada, com re/organização da prestação de cuidados a indivíduos e famílias com PLA.

Baseando-nos na prevenção epidemiológica, nos cinco níveis de prevenção, (aqui abordar-se-ão apenas quatro), será construído um projeto de âmbito municipal, com um horizonte estratégico que compreende o período 2014-2016.

A nível de prevenção primordial e primária, investiu-se no desenvolvimento de um programa em meio escolar, baseado no estado da arte atual. Em termos de prevenção secundária, consubstanciou-se fundamentalmente através da implementação de Intervenções Breves (IB) preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sobejamente testadas a nível internacional. A prevenção terciária esteve essencialmente relacionada com a abordagem pela equipa multiprofissional de rua, com referenciação do utente, quando necessário. A prevenção quaternária constitui igualmente parte integrante deste projeto, tendo presentes as suas considerações. Em todo este processo é de crucial importância a comunicação em saúde.

Deste modo, com o presente relatório visa-se apresentar e refletir acerca dos desenvolvimentos que integram este trabalho de projeto, que teve como eixo fulcral a implementação de uma abordagem integrada de combate aos PLA, norteadas pelos pressupostos anteriormente enunciados e por outros que adiante se abordarão. Tem ainda como objetivo o cumprimento de um requisito fundamental à atribuição do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Procurando tornar este percurso mais facilmente compreensível à luz da complementaridade entre estes objetivos, o relatório encontra-se estruturado nos seguintes pontos: no primeiro ponto, será justificada a problemática; no segundo proceder-se-á a uma abordagem das conceções estruturantes do projeto; no terceiro, será efetuado o diagnóstico da situação; no quarto desenhar-se-á o plano de ação; o quinto inscrever-se-á na dimensão operativa; no sexto, apresentar-se-á a perspetiva de futuro deste projeto. Finalmente será lavrada uma nota conclusiva. Em síntese, pode dizer-se, à luz de Boutinet (2002), que neste projeto se identificam duas dimensões. A primeira, onde se apresentam os pressupostos ideológicos e teórico-metodológicos estruturantes da ação e que inclui o primeiro ponto, e a segunda, que conforma a dimensão praxeológica, sendo composta pelos demais pontos. Importa ainda referir que o plano de ação, por razões de sistematização, se organiza em quatro eixos cujas fichas-projeto se encontram em apêndice. O cronograma assim como os quadros de indicadores de avaliação do projeto estão também em apêndice.

## 1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O uso nocivo de álcool causa anualmente, em todo o mundo, 3,3 milhões de mortes, representando 5,9% das mortes e 5,1% da carga global de doença e lesão, medido em Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY) (OMS, 2015).

O consumo mundial em 2010 foi de 6,2 litros de álcool puro por pessoa com quinze ou mais anos de idade, o que se traduz em 13,5 gramas de álcool puro por dia (OMS, 2014). Um quarto do consumo mundial, cerca de 24,8%, corresponde a álcool caseiro, ilegalmente produzido ou vendido fora dos controlos governamentais normais. Do total do consumo registado, 50,1% foi consumido na forma de bebidas espirituosas (ibidem). Cerca de 16,0% dos consumidores mundiais de quinze ou mais anos apresentam consumos episódicos pesados (ibidem).

Em geral, quanto maior for a riqueza económica de um país, maior a quantidade de álcool consumido e menor o número de abstinentes. Dito de outro modo, os países com maiores rendimentos apresentam maior consumo de álcool per capita e maior prevalência de consumo pesado episódico entre os consumidores (ibidem).

Na *Declaração de Ashgabat* sobre prevenção e controlo de doenças não transmissíveis, no contexto da Saúde 2020, que decorreu a 3 e 4 de Dezembro de 2013, os ministros da Saúde dos estados membros da OMS para a Região Europeia confrontaram-se com a sólida evidência científica existente que aponta para o facto de as principais doenças não transmissíveis causarem sofrimento e debilitarem o desenvolvimento social e económico nos países por eles representados. Foi claramente assumido o carácter prevenível destas patologias por estarem fortemente associadas a um conjunto de quatro fatores de risco comuns, a saber: o uso de tabaco, uso prejudicial de álcool, dietas desequilibradas e inatividade física. No mesmo sentido, apontam também para os objetivos de Saúde 2020 (OMS, 2013), refletindo a importância da abordagem dos determinantes de saúde sociais, assim como a promoção da equidade, da governança partilhada, a adoção de uma abordagem ao longo do ciclo de vida, o fortalecimento dos sistemas de saúde, a melhoria e coordenação das abordagens de saúde pública, o trabalho com as comunidades e o desenvolvimento de metas como meio de melhorar a saúde de todos.

A OMS (2014) considera o alcoolismo um problema de saúde pública, em que estão implicados fatores ambientais, tais como o desenvolvimento económico, a cultura, a disponibilidade de álcool, assim como o nível de eficácia das políticas do álcool. Estes fatores são relevantes para explicar diferenças e tendências históricas do seu consumo e

dos seus efeitos nocivos a nível mundial. O uso nocivo de álcool é causa de mais de 200 doenças e lesões, principalmente dependência, cirrose hepática, cancro e ferimentos. As últimas relações causais sugeridas pela pesquisa são entre o uso nocivo de álcool e o aparecimento de doenças infecciosas, como a tuberculose e o HIV / SIDA (OMS, 2014).

A Europa é a zona do mundo com consumo mais elevado de álcool, com cerca de 11 L *per capita*, e em que cerca de 5% de homens e 1% de mulheres são dependentes. O álcool é responsável por 7,4% de todas as incapacidades e mortes prematuras na União Europeia (Madelin, 2008).

Em 2003, segundo dados do *World Drink Trends* (2005), Portugal ocupava o 8º lugar do consumo mundial. Porém, a situação nacional na interface com o contexto mundial e europeu tende a agravar-se. Dizem as estatísticas de saúde mundiais da OMS, de 2013, reportando-se a 2008, que o consumo de álcool em adultos de 15 ou mais anos (calculado em litros de álcool puro por pessoa e ano) na zona Euro coloca à cabeça a Roménia, com 16,2L. Seguem-se-lhe a Irlanda, com 14,9L; a Polónia, com 14,4L; Portugal, com 13,9L; o Reino Unido, com 13,2L; a Finlândia, com 13,1L; o Luxemburgo, com 12,8L; a França, com 12,5L; a Áustria, com 12,4L; a Alemanha, com 12,1L; a Dinamarca, com 12,0L; a Espanha, com 11,8L; a Suíça, com 11,4L; a Grécia, com 11,0L; a Bélgica, com 10,4L; a Suécia, com 10,0L; os Países Baixos, com 9,8L; a Itália, com 9,7L; o Chipre, com 8,8L; e a Noruega, com 8,4L. Dito de outro modo, no conjunto dos 20 países, Portugal surge no que se refere a consumos de álcool em quarto lugar.

Segundo a mesma fonte um ano depois (OMS, 2014), reportando-se a 2010, o consumo de álcool (calculado em litros de álcool puro por pessoa e por ano) em adultos com idades iguais ou superiores a quinze anos coloca Portugal na décima primeira posição mundial, sendo o topo da lista ocupado pela Bielorrússia, com 17,5L. No que se refere à zona Euro, constata-se que à cabeça continua a Roménia com 14,4L; seguida de Portugal, com 12,9L; da Polónia, com 12,5L; da Finlândia, com 12,3L; da Espanha, com 12,2L; da França, com 12,2L; da Irlanda, com 11,9L; do Luxemburgo, com 11,9L; da Alemanha, com 11,8L; do Reino Unido, com 11,6L; da Eslovénia, com 11,6L; da Dinamarca, com 11,4L; da Bélgica, com 11,0L; da Áustria, com 10,3L; da Grécia, com 10,3L; dos Países Baixos, com 9,9L; do Chipre, com 9,2L; da Suécia, com 9,2L; da Noruega, com 7,7L; da Itália, com 6,7L; e da Suíça, com 5,7L.

Pelo que podemos constatar dos dados expostos, de 2008 a 2010 regista-se uma descida generalizada dos consumos, com exceção da Bélgica, do Chipre, da Espanha e dos Países Baixos. Portugal, embora o consumo tenha baixado de 13,9L para 12,9L, encontra-se neste



momento em segundo lugar do *ranking*, tendo subido dois lugares, o que agudiza o problema e justifica a pertinência da intervenção.

No que se refere ao custo tangível dos danos provocados pelo álcool na União Europeia, foram 125.000 milhões de euros em 2003, ou seja, o equivalente a 1,3% do PIB. Deste montante, cerca de 66.000 milhões de euros (0,69% do PIB) estão diretamente relacionados ao consumo e 59.000 euros (0,61% do PIB), indiretamente, pela perda de produtividade, absentismo, desemprego e mortalidade prematura. Relativamente a custos intangíveis (psicossociais e comportamentais, crimes e perda de vida saudável), estes foram cerca de 270.000 milhões de euros. Em Portugal, os custos tangíveis foram estimados em 433,6 milhões de euros, correspondentes a 0,8% do PIB (Lima, 2003).

De acordo com Balsa (2011), os padrões de consumo de álcool têm vindo a alterar-se. No que respeita à comparação entre Portugal e o Alto Minho, entre 2001 e 2007 registou-se um aumento da prevalência dos consumidores com maior risco, dos abusivos regulares e irregulares, com diminuição do grupo de abstinentes. Assim, referindo-nos à taxa de prevalência dos consumos abusivos regulares, encontramos no nosso país, em 2001, cerca de 7,0%, tendo-se registado, em 2007, cerca de 7,9 %. O Alto Minho registou, em 2001, uma taxa de 5,5% e em 2007, de 7,4%. No referente a consumos abusivos irregulares, Portugal, em 2001, registou uma taxa de prevalência de 0,9%, tendo em 2007 aumentado para 1,2%. Comparativamente, no mesmo período, o Alto Minho registou, respetivamente, 0,0% e 0,7%. É, no entanto, na população abstinente que se manifestam as maiores alterações, sendo que em Portugal, em 2001, se registou cerca de 24,4% e em 2007, 20,6%. O Alto Minho, em 2001, nos mesmos períodos, registou, respetivamente, 22,5% e 11,3%. Em termos distritais dispõe-se apenas de informação até ao período que acabamos de expor, ou seja, 2007, porém, a nível concelhio esta informação assume um caráter praticamente residual. Assim, do ponto de vista epidemiológico, apenas nos é possível caracterizar uma ínfima parte do problema, isto é, com base no número de diagnósticos clínicos ou de diagnóstico abusivo.

No âmbito dos reconhecidos limites da informação disponível neste domínio, importa referir que estão inscritos no CS (Centro de Saúde) 9.348 utentes, dos quais 1.495 da UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) e 7.853 da USF (Unidade de Saúde Familiar) (SINUS, 2014)<sup>1</sup>. No CS existem registados 102 casos de Abuso Crónico do Álcool, sendo 94 inscritos na USF e 8 na UCSP. A média de idades é de 54,98 anos,

---

<sup>1</sup> Fonte: SINUS consultado em 11-12-2014

variando entre 30 e 77 anos. Destes, a esmagadora maioria é do sexo masculino, com 89 diagnósticos, e apenas 13 do sexo feminino (MIM@UFE, 2014)<sup>2</sup>.

Reitera-se o facto de através destes dados não se poder analisar a problemática numa perspetiva de representatividade. Trata-se, tão-somente, da aproximação possível, mas sem o rigor científico desejável, tanto mais que a informação existente decorre unicamente do diagnóstico efetuado de forma oportunista pelos clínicos deste CS, dependendo, em larga medida, da sensibilidade dos mesmos para a problemática e para os respetivos registos. É, no entanto, de salientar como muito relevante o facto de no diagnóstico da Rede Social deste concelho o problema do álcool se encontrar em primeiro lugar de entre os problemas encontrados, legitimando desta forma, sobremaneira, a intervenção urgente nesta problemática. O número de casos em Paredes de Coura, seguidos no CRI de Viana do Castelo, segundo o SIM (Sistema de Informação Multidisciplinar) em janeiro de 2014, era de 13. Número que representará, possivelmente, apenas a “ponta do *iceberg*”, devido ao já enunciado no parágrafo anterior.

Assim, enquanto enfermeiro integrado numa equipa de saúde pública, investi num trabalho de projeto que me permitisse, simultaneamente, adquirir uma qualificação académica - o grau de mestre em enfermagem de Saúde Comunitária – e contribuir para a gestão/minimização de um dos problemas prioritários do concelho/distrito.

---

<sup>2</sup> Fonte: MIM@UFE consultado em 14-08-2014

## 2. CONCEÇÕES ESTRUTURANTES DO PROJETO

Um trabalho de projeto orientado para a minimização de um problema prioritário de saúde pública – problemas ligados ao álcool -, fazendo recurso a abordagens integradas, de certo modo em rutura com outras implementadas no território de cariz centrado fundamentalmente na prevenção terciária, implicou uma vasta concetualização. Porém, por razões de sistematização, unicidade e coerência entre as dimensões teórico-metodológica e praxeológica do projeto, coloca-se de seguida o enfoque apenas nos aspetos considerados mais estruturantes.

### 2.1 Modelo de Intervenção Integrada no combate aos PLA

Este projeto estrutura-se com base na metodologia de resolução de problemas epidemiológico aos cinco níveis de prevenção. Na realidade, esta metodologia impõe-se na resolução de um problema complexo como os PLA, não fazendo sentido a intervenção apenas a um dos níveis de prevenção isoladamente.

Com o objetivo de adaptar os níveis de prevenção a contextos e problemas de saúde diversos, surgiram as designações de *Prevenção Universal*, *Prevenção Seletiva* e *Prevenção Indicada*, sendo o termo “prevenção” reservado para intervenções que ocorram antes do início de uma doença, ou seja, estes três níveis de prevenção citados integram-se ao nível da prevenção primária epidemiológica. De acordo com a classificação dos níveis de prevenção epidemiológicos, encontra-se implícita a abordagem do processo de saúde-doença designado de história natural de doença, que se reflete ao nível da prevenção primária, (nos seus níveis Universal, Seletiva e Indicada), sendo que a sua especificidade se pretende com o distinto risco apresentado pela população alvo (Clemente e Ribeiro, 2008).

A noção de prevenção tem como fundamento um modelo processual de fenómenos patológicos, pelo que é de todo pertinente explorar aqui o modelo processual de saúde-doença. Este modelo, segundo Leavell e Clark (1976), consiste no conjunto de processos interativos que criam o estímulo patológico no meio ambiente, passando pela resposta do homem ao estímulo, até às alterações que levam a um efeito, invalidez, recuperação ou morte. O principal objetivo deste modelo é dar sentido aos diferentes métodos de prevenção e controlo da doença e problemas de saúde. Existe uma expectativa de que a produção de conhecimento epidemiológico tornará possível a prevenção, segundo Acheson

(1979), mesmo quando a patogénese da doença não seja ainda compreendida. Este modelo determina a doença em dois domínios que se excluem mutuamente e que são consecutivos e complementares (meio externo e o meio interno). No primeiro, interatuam determinantes e agentes da doença. No segundo, desenvolve-se a doença em si. No meio externo, também conhecido por meio ambiente, estão presentes todos os processos necessários à determinação da doença. São dele exemplos fatores externos de natureza física, biológica e sociocultural. No meio interno é onde se processam de forma progressiva modificações designadamente de ordem biológica, química, fisiológica e histológica, características de uma determinada doença. Aqui, no meio interno, atuam elementos como fatores hereditários ou congénitos, ausência ou baixa de defesas (sistema imunitário) ou ainda alterações orgânicas consequência de doenças anteriores, entre outras. Neste modelo, a evolução dos processos de doença encontram-se igualmente divididos em dois períodos consecutivos, que também se articulam e complementam, (pré-patogénese e patogénese). A pré-patogénese é a fase prévia à presença de manifestações patológicas, estão presentes agentes causais, que podem ser de natureza física, química, biológica, nutricional ou genética. Encontram-se também implicados fatores determinantes, no nível de risco, dessa doença, que variam entre máximo e mínimo risco, dependendo da configuração das probabilidades em que se apresentam. Assim, o estado final que desencadeia a doença vai resultar da interação de múltiplos determinantes de tipo económico, político, social, cultural, psicológico, bem como genético, biológico, físico ou químico. A patogénese, onde o processo patológico já se encontra ativo, dá-se pela interação do agente com o sujeito com intervenção desses determinantes, ocorrendo perturbações bioquímicas, histológicas e fisiológicas a nível celular, não sendo ainda detetáveis a nível de manifestações clínicas. Posteriormente, surgem sinais e sintomas clínicos, encaminhando-se a doença para um desfecho que se caracteriza pela cronicidade, pela cura ou ainda pela invalidez ou mesmo a morte.

Certo de que este modelo apresenta limitações, não prevendo processos de promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, serve, todavia, de explicação à evolução de muitas patologias, tendo implícita a noção de risco. O seu carácter histórico e social é vincado, pelo que talvez seja pertinente falar de um modelo de “história social da saúde”, passando de um âmbito estritamente biológico para uma abordagem de sistema ecossocial. A este modelo está subjacente a abordagem da prevenção, situando-a a cinco níveis, a saber: prevenção primordial, prevenção primária, prevenção secundária, prevenção terciária e prevenção quaternária.

Neste contexto, e como anteriormente referido, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América propôs uma nova classificação para a prevenção primária, com as designações de *Prevenção Universal*, *Seletiva* e *Indicada*. Desta forma, a *Prevenção Universal* dirige-se a intervenções à população em geral, a nível de comunidade, na escola, visando prevenir ou adiar o consumo nocivo de qualquer substância. Esta intervenção é indicada para populações com baixo risco e é caracterizada pelo seu baixo custo. A *Prevenção Seletiva* destina-se a estratos da população, indivíduos ou grupos, que apresentem determinadas características específicas que já os possam colocar em risco acrescido de desenvolvimento de um problema, como por exemplo, serem filhos de pais alcoólicos ou terem problemas de natureza social que os levem a abandonar a escola. A intervenção a este nível de prevenção encontra-se justificada na potencial redução de resultados adversos. A *Prevenção Indicada*, por outro lado, visa prevenir o consumo nocivo ou a dependência em indivíduos que já têm um padrão de consumo com alguns sinais e sintomas. Destina-se, pois, a indivíduos com alto risco ou que evidenciam sinais de doença. No entanto, a forma atual de cinco níveis de prevenção enquadra-se perfeitamente na forma como se pretende tratar a problemática dos PLA, uma vez que, como vimos, uma e outra forma de classificação são absolutamente compatíveis entre si, refletindo apenas diferentes formas de abordar a problemática.

Neste sentido, tornou-se imperioso estabelecer um modelo de suporte a este projeto. Propõe-se, assim, um modelo integrativo que pretende intervir ao nível de quatro dos cinco níveis de prevenção, tendo, no entanto, este quinto nível de prevenção igualmente presente. Desta forma, pretende-se uma intervenção transversal e integrada com o objetivo de beneficiar o indivíduo, a família e a comunidade.

Apresenta-se de seguida o modelo por nós preconizado.

<b>Quadro 1 - Modelo de Intervenção integrada no combate aos PLA</b>			
<b>Prevenção primordial</b>	<b>Prevenção Primária</b>	<b>Prevenção secundária</b>	<b>Prevenção terciária</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de estilos de vida saudável.</li> <li>- Aplicação de políticas e programas de promoção de determinantes positivos de saúde.</li> <li>- Capacitação/ Empoderamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitação ou remoção de fatores de risco.</li> <li>- Promoção de saúde e proteção específica.</li> <li>- Diminuição da incidência de PLA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detecção precoce em indivíduos assintomáticos.</li> <li>- Diagnóstico/ Acompanhamento e redução de danos tendo em conta a história natural da doença.</li> <li>- Diminuição da prevalência em PLA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitação da progressão da doença.</li> <li>- Promoção da adaptação às consequências da doença.</li> <li>- Prevenção da recorrência da doença.</li> <li>- Reinserção social.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- População em geral</li> <li>- Grupos selecionados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- População em geral</li> <li>- Grupos selecionados</li> <li>- Indivíduos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indivíduos com consumos problemáticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indivíduos dependentes</li> </ul>
<b>FOCO DE ATENÇÃO</b>			
Indivíduo inserido numa família/comunidade.			
<p>Atendeu-se ao nível de <b>prevenção Quaternária</b>.</p> <p>Desta forma, deve evitar-se nos cuidados a indivíduos com PLA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iatrogenia.</li> <li>- Atribuição de estatuto patológico a fatores de risco e situações fisiológicas.</li> <li>- Sobre medicalização.</li> <li>- Excessos preventivos.</li> <li>- Desacreditação dos profissionais de saúde, instituições oficiais de saúde ou organizações científicas decorrente, em grande medida, de aspetos anteriores.</li> </ul>			

Ao nível desta prevenção quaternária achamos importante referir, com Gervas (2013), que o progressivo abandono dos determinantes sociais (pobreza, trabalho, habitação, entre outros) a favor de determinantes individuais ou fatores de risco, encarados como estilos de vida voluntários, omitem a condição forçada da ausência de proteção social sobre os fatores de risco individuais. E a indução do medo de adoecer e de morrer, como forma de submissão das pessoas e das populações, pela criação de comportamentos e regras estritas, que favorecem os interesses de profissões, políticas e/ou indústrias.

De facto, continua a ser melhor prevenir do que tratar. Convém ser prudente e procurar nas atividades preventivas o melhor balanço entre os benefícios e os riscos, tendo sempre em vista os interesses dos indivíduos, das comunidades e da própria sociedade, ou seja, a articulação com os determinantes sociais da saúde.

## 2.2 Determinantes Sociais da Saúde

O conceito de saúde-doença tem evoluído ao longo do tempo. A OMS do pós-guerra definiu-o como: O completo estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidade (OMS, 1948). Atualmente, este conceito expressa a associação entre qualidade de vida e saúde da comunidade, pelo que a saúde é hoje entendida como o resultado de um processo de produção social, que sofre influências das condições de vida do indivíduo. Estamos, pois, atualmente em presença de uma definição de saúde encarada desde a perspetiva social, sendo então um produto social que se constrói coletiva e individualmente, por intermédio de ações dos governos, das sociedades e dos próprios indivíduos. A saúde serve, então, de meio para o desenvolvimento pleno do indivíduo, não podendo ser entendida separadamente, mas antes como um todo holístico que interliga o indivíduo, a comunidade em que se insere e o ambiente. O conceito de saúde constitui-se, pois, como ponto de partida fundamental para o entendimento da problemática do álcool, em particular. Impõe-se, então, a perspetivação do significado de determinantes em saúde.

Os determinantes de saúde, entendidos como o conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais, que determinam o estado de saúde dos indivíduos ou comunidades (OMS, 2011), são essenciais numa perspetiva de saúde pública, enquanto causas sobre as quais se pretende atuar, com o intuito de modificar, para melhorar, a situação de saúde de que se parte. Constitui-se essencial para os decisores partir de informação constantemente atualizada e fidedigna, base da que parte todo o processo de



planeamento em saúde. Nesta perspetiva, torna-se pertinente abordar o modelo de Dahlgren e Whitehead (2008).

**Figura 1– Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead**



Este modelo de determinação social da saúde caracteriza-se pela sua simplicidade e facilidade de compreensão, na clara visualização gráfica. Os autores dispuseram os determinantes sociais por camadas, segundo o seu nível de abrangência. Assim, encontramos na primeira camada os determinantes individuais, até à última camada onde se encontram os macro determinantes. Desta forma, as características individuais, idade, sexo e fatores genéticos, que influenciam o seu potencial e condições de saúde, encontrando-se na base do modelo (determinantes proximais). Imediatamente acima, estão os comportamentos e estilos de vida individuais, que se encontram na fronteira entre os fatores individuais e os determinantes sociais. Na camada imediata, vemos posicionados os fatores relacionados com as redes sociais e comunitárias, reconhecidos de grande importância na manutenção da saúde. Na camada seguinte, situam-se os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho (determinantes intermédios), que dizem respeito à disponibilidade de alimentos e acesso a ambiente saudáveis, assim como a serviços essenciais. Daqui se pressupõe que as pessoas socialmente desfavorecidas apresentam maior exposição e vulnerabilidade aos riscos em saúde. O último nível



apresenta os macro determinantes, que detêm grande influência sobre as camadas de determinantes subjacentes e estão relacionados com as condições socioeconómicas, culturais e ambientais da sociedade. Estes determinantes podem também influenciar determinantes nacionais e supranacionais relacionados com a produção e o consumo, tendo inclusivamente influência no processo de globalização.

### 2.3 Intervenção numa lógica empoderadora e participativa

A operacionalização das políticas de saúde é igualmente fundamental no desenvolvimento de sociedades que se pretendem cada vez mais empoderadas, participativas e democráticas. Neste sentido, urge implementar no terreno uma lógica *bottom-up*,<sup>3</sup> sobejamente sustentada pela literatura (Magalhães, 2009) como aquela que consegue melhores resultados de saúde nas comunidades. Revela-se igualmente essencial a articulação efetiva entre unidades funcionais que integram os cuidados de saúde primários e entre estas e as instituições hospitalares. O estabelecimento das parcerias comunitárias entre os Centros de Saúde e as instituições comunitárias como a autarquia, constituem outra das dimensões estruturantes no sentido de dar a melhor resposta às necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, não perdendo de vista a tão necessária otimização de recursos.

Os princípios da *Carta de Ottawa*, assim como os princípios que regem a prestação de cuidados em CSP constituem pressupostos subjacentes ao *empowerment* como principal pilar de desenvolvimento comunitário. É com base num constructo de interpenetrações entre as dimensões teóricas e a operacionalização local de políticas públicas sociais e de saúde que se convoca o preconizado no *Plano Nacional de Saúde* (2012-2016), assim como os referenciais da profissão emanados pela (OE), designadamente os *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*, enquanto pressupostos estruturantes deste projeto. Está em jogo a implementação de um novo modelo de intervenção, que se pretende integrado com orientação para práticas de cuidados empoderadores e de qualidade. Neste contexto, estamos perante lógicas de mudança no paradigma dos cuidados, assente no

---

<sup>3</sup> A lógica *Bottom –up*, também chamada *ascendente*, é frequentemente referida como uma das principais estratégias da promoção da saúde. Está relacionada com o aumento das capacidades da comunidade (empoderamento), que permite aos indivíduos obterem maior controlo sobre as suas vidas, assim como das suas condições de vida (Laverak, 2008).

aprofundamento e desenvolvimento de processos de reflexão crítica e fundamentada da praxis, ou seja, através entre outras da formação/supervisão clínica.

Conscientes que estas são apenas algumas das concepções que, embora estruturantes, não se esgotam em si mesmas, impondo-se deste modo, a sua reconfiguração sistemática e contínua em torno de um agir coletivo e intencionalmente centrado em todos os atores sociais, para fazer face a este problema. Importa pois, antes de mais, contextualizá-lo.

### 3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

É sobejamente conhecida e plenamente justificada, no contexto atual de saúde, observado numa perspetiva económica, social e política, a ênfase na promoção da saúde/prevenção da doença, como sendo a intervenção prioritária nos cuidados de saúde. Porém, esta situação, apesar de desejada, ainda não é uma realidade em muitos dos cuidados de saúde prestados, com consequente perda de oportunidades de ganhos em saúde e desperdício dos tão apreciados recursos. Neste sentido, torna-se essencial a implementação de um cada vez maior planeamento em saúde, como meio de conseguir desempenhos otimizados, atingindo-se, desta forma, melhores resultados nos cuidados de saúde, perspetivados nos cinco níveis de prevenção epidemiológica.

Na implementação deste projeto, iremos socorrer-nos do *Planeamento em Saúde*, que, de forma vantajosa, nos permitirá alcançar os objetivos estabelecidos com maior eficácia e eficiência e com o menor gasto de recursos. Assim, num processo lógico seguir-se-á uma ordem de prioridades previamente estabelecidas. Para tal, o primeiro passo será a análise de situação que se pretende estruturada, para estabelecer intervenções. Este processo pretende-se complementado com um conjunto de técnicas por nós consideradas fundamentais, no sentido de conseguir um conhecimento sistematizado e completo da situação em PLA na realidade que nos ocupa. Para tal, será utilizada a técnica *swot* na identificação dos pontos fortes e fracos, assim como das ameaças e oportunidades do projeto. Do mesmo modo, no sentido de completar o conhecimento desta realidade, recorrer-se-á a um Diagrama de Causa Efeito (DCE), visando identificar as causas do problema que nos ocupa, agrupando-as de forma a facilitar o planeamento da intervenção pretendida, o que permitirá compatibilizar as estratégias com os recursos existentes.

#### **Caracterização da população alvo, do Concelho de Paredes de Coura.**

Este concelho era constituído por 21 freguesias, as quais, após o agrupamento efetuado pela Lei n.º 11-A/2013 de 28 de janeiro, ficaram reduzidas a 16. Existem neste Centro de Saúde 9.348 utentes inscritos (SINUS, 2014)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Fonte: SINUS, consultado em 10-10-2014

A nível geográfico, possui um comprimento máximo Este/Oeste de 16 Km e Norte/Sul de 15 Km, alcançando uma superfície total de 138,2 Km quadrados (Unidade de Saúde Pública - ULSAM, EPE 2010), e um número (nº) médio de indivíduos de 66,6 habitantes/Km<sup>2</sup>. Em termos comparativos, em 1960, existiam 107,6 habitantes/Km<sup>2</sup> (INE 2012).

De acordo com os Censos de 2011, a população total residente neste concelho é de 8991 habitantes, sendo que 1455 têm até aos 18 anos e 2470 têm idade superior a 65 anos. Com 85 ou mais anos existem 382 habitantes. O saldo natural é negativo (-87 habitantes).

Não sendo as taxas brutas comparáveis, não estando portanto em causa qualquer comparação, apresentam-se alguns dados sociodemográficos de contextualização do concelho em relação ao distrito. A taxa bruta de natalidade em Paredes de Coura é de 5,6%, sendo a do Minho-Lima de 6,5%. A taxa bruta de mortalidade, calculada pelos óbitos de 2012, é de 15,3% e a Minho-Lima de 12%.

No mesmo sentido apontam outros indicadores. A taxa de crescimento efetivo é negativa, -1,05%, sendo a do Minho-Lima menor, -0,84%. O índice de longevidade é de 58,7%, a do Minho-Lima, de 53,4%. O índice de envelhecimento é de 227,6%, sendo que a do Minho-Lima é 183,6%. O índice de mulheres em idade fértil é 39%, sendo para o Minho-Lima 41,6%. O índice de dependência de idosos é 45,4%, sendo a do Minho-Lima 36,5%. O índice de dependência jovem é de 20%, sendo a do Minho-Lima de 19,9%. O índice de dependência total de 65,4%, sendo a do Minho-Lima, 56,4%. O saldo migratório é negativo, -8%.

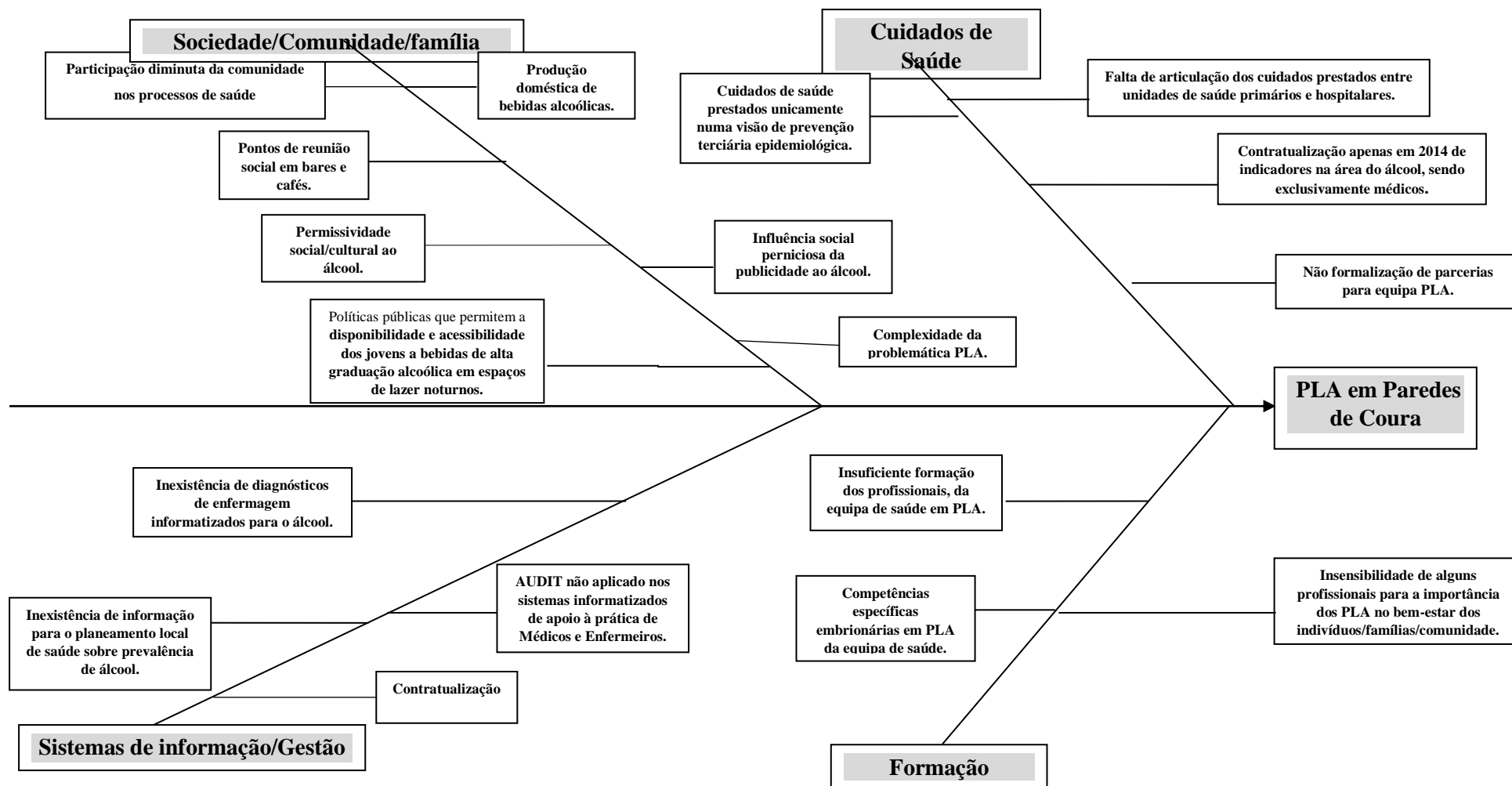
Fazendo uma breve análise dos dados apresentados, confrontamos a realidade de uma população com uma taxa de crescimento negativa e a diminuir progressivamente, consolidando-se como fortemente envelhecida, dado que o número de idosos comparativamente ao de jovens é aproximadamente o dobro. A proporção de idosos com idade igual ou superior a 85 e mais anos em relação aos de 65 e mais anos com valores acima dos verificados na região, o saldo migratório negativo, associados ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de mortalidade configuram a situação descrita como um cenário de “duplo envelhecimento”.

O território do concelho é classificado como maioritariamente rural, deste modo, as oportunidades de contextos de convívio são menos diversificados do que nos grandes centros, pelo que beber em bares e cafés pode ser mais atrativo (Rabinovich et al., 2012). No caso do Alto Minho, em geral, e deste concelho, em particular, a frequente produção

doméstica de álcool poderá favorecer igualmente o consumo deste tipo de bebidas neste contexto.

Para complementar a análise da situação em PLA foi elaborado um DCE em formato de espinha de peixe, de modo a assegurar a conceção efetiva de um projeto de intervenção integrado em PLA, identificando-se as causas que contribuem para o problema, que se plasmaram da seguinte maneira:

**Figura 2-** Diagrama de espinha de peixe



Da análise que este diagrama possibilita, salienta-se a emergência de quatro áreas fundamentais: Sociedade/Comunidade/Família; Cuidados de Saúde; Sistemas de Informação/Gestão e Formação.

- Sociedade/Comunidade/Família

Na primeira área, Sociedade/Comunidade/Família, há a salientar a importância da família como núcleo inicial do processo de socialização da criança. Na infância, a aprendizagem é feita por observação de condutas paternas, não sendo o consumo de SP exceção. Da mesma forma, Segundo Baumrind (1966), pioneira neste tipo de estudos, com um modelo com três tipos de estilos parentais: autoritário, permissivo e autoritativo. Quanto ao estilo autoritário, Gfroerer et al. (2011) referem a percepção dos filhos de dinâmica familiar negativa, assim como com estados depressivos em adultos. Pelo contrário, com uma dinâmica parental permissiva, segundo Baumrind (1966) a não-interferência parental aquando de um comportamento desadequado tende a funcionar como reforço positivo desse mesmo comportamento.

Neste sentido, Paula (2012) defende que o estilo autoritativo é a prática parental que potencia a inteligência emocional. Este estilo passa por pôr em prática uma supervisão adequada e pela utilização de métodos disciplinares moderados, sendo fundamental para o desenvolvimento de adultos emocionalmente competentes, evitando problemas de internalização e externalização do comportamento. Entende-se por estilo autoritativo aquele em que existe um equilíbrio entre as características dos estilos autoritário e permissivo. É definido como aquele em que é exercida uma disciplina moderada com o esclarecimento de normas e limites, estando presente o estímulo da autonomia, a comunicação eficaz, otimista e positiva que se adequa à situação e maturidade da criança ou adolescente.

Importa agora ter presente as definições de conceitos como inteligência emocional, externalização e internalização. Ainda segundo Paula (2012), a inteligência emocional pode ser definida como a capacidade de identificar, reconhecer e gerir sentimentos. Pese embora o fato de ser uma concessão recente, tem cada vez maior sustentação da evidência, no que diz respeito à importância do seu papel. A externalização tem a ver com os conflitos com o ambiente, manifestados por comportamentos impulsivos e desviantes (delinquência) e a internalização relaciona-se com o conflito interno traduzido por ansiedade isolamento ou depressão.

Na perspectiva de Gfroer et al., (2011), o estilo parental autoritativo tem estado associado não só a uma maior maturidade e competência social, como também a maiores níveis de responsabilidade e sucesso académico nas crianças e adolescentes em que é utilizado.

Desta forma, dizem-nos Kiesner, Poulin e Dishion (2010), os adolescentes que caracterizam os seus pais como autoritativos encontram-se mais protegidos no que diz respeito a comportamentos desviantes, nomeadamente ao uso de substâncias, verificando-se que esse uso, individualmente ou com os pares, é significativamente mais elevado quando se verifica uma baixa ou inexistente supervisão parental. Zwaluw et al. (2010) concluíram que uma permissividade exacerbada, com inexistência de regras na relação pais-filhos, aumenta o consumo de álcool ao longo do tempo.

Desta forma, Paula (2012) defende que fomentar o desenvolvimento emocional na relação pais-filhos, com orientação e supervisão, não excluindo métodos disciplinares adequados, parece servir de fator protetor de dinâmicas comportamentais desadaptadas, que se traduzem em custos sociais e económicos incomensuráveis.

Assim, é fundamental que o enfermeiro esteja atento a estas problemáticas na prestação de cuidados ao indivíduo e família, definindo estratégias e intervenções, de forma a capacitar os pais (*empowerment*), proporcionando a potenciação de uma educação que propicie o desenvolvimento equilibrado do indivíduo.

O desenvolvimento da criança e a sua passagem à adolescência acrescenta a influência do grupo de pares, que pode ser positiva, com o surgimento de condutas pro-sociais, ou negativa, com o surgimento de condutas problemáticas. A influência dos pares não é uniforme entre os adolescentes, assumindo variações com a idade, personalidade, o tipo de socialização, assim como da perceção que o adolescente tem dos seus pares (Steinberg e Morris, 2001).

Para Frydenberg (2008), o desenvolvimento do adolescente implica uma modificação de relações entre si e os múltiplos contextos sociais em que está inserido, possibilitando uma grande diversidade interpessoal, incluindo no âmbito da saúde uma alteração dos fatores ligados ao risco e à proteção. Desta forma, segundo Matos e Gaspar (2008), uma boa relação com os colegas está geralmente associada a um bom ajustamento social e escolar, assim como a um sentimento de satisfação pessoal.

Importa então compreender a forma como ambos os sexos enfrentam as relações interpessoais. Segundo Simões (2007), os rapazes centram a sua interação social na partilha de atividades, enquanto as raparigas privilegiam a confiança e a partilha de



sentimentos. Inclusivamente no âmbito dos consumos, os rapazes tendem a consumir no contexto das “atividades” e as raparigas no contexto de partilha de intimidade, sendo que, em ambos os sexos, o consumo de álcool e drogas está associado à procura de intimidade nas relações interpessoais (Malow-Iroff, 2006). Acresce ainda que em ambos os sexos a imagem e a avaliação social são afetadas pela cultura, os valores e as normas sociais (Matos e Gaspar, 2008).

No que diz respeito aos padrões de bebida dos estudantes, Epstein, Bang e Botvin, (2006) verificaram que estão significativamente relacionados com o género, a etnia, o ano de escolaridade e os hábitos de bebida dos mais próximos, tanto dos pais como dos amigos. Boergers e Spirito (2001) demonstraram que o consumo de álcool, tabaco e drogas pelo grupo de pares está associado ao consumo de álcool tabaco e drogas pelo próprio adolescente. Yanovitzky (2006) refere que os fatores de ordem pessoal, como a procura de novas sensações, interage com fatores do contexto, podendo potenciar o consumo de substâncias e a adoção de comportamentos de risco.

Matos (2005) considera que as relações de tipo vertical (com a família) e as de tipo horizontal (com os amigos) têm funções diferentes, únicas e não inter-substituíveis no desenvolvimento pessoal e social do jovem, que se podem complementar e interajudar no estabelecimento de bem-estar dos adolescentes.

A grande maioria dos adolescentes refere a influência de um amigo “próximo” nos seus comportamentos, Brown, (2004). Na mesma linha, para Field, (2002) os adolescentes com amizades mais próximas revelam menor propensão para sintomas depressivos ou pensamentos suicidas do que os que não possuem suporte social, o que revela a importância da reciprocidade na amizade. Prinstein et al., (2001) sugerem que a influência do amigo próximo incorre também na adoção de comportamentos associados ao risco, tal como o consumo abusivo de álcool e comportamentos sexuais de risco, e que os comportamentos violentos e o consumo de substâncias podem ser reforçados socialmente pelos amigos íntimos.

Segundo Matos (2005), em Portugal, nos adolescentes mais velhos, o “grupo” substitui “a turma”, enquanto grupo de referência. Brown (2004) acentua o aumento da importância do grupo de pares durante a adolescência como fonte de apoio social e aprendizagem social, guiando-os no desenvolvimento de competências emocionais e cognitivas da sua confiança pessoal, intimidade, autonomia, atuando como uma formação para a vida adulta. Sipe (2002) sustenta que durante a adolescência o grupo de pares é crucial, assistindo e promovendo o desenvolvimento pessoal e uma transição das ideias

sobre a vida e o quotidiano para a definição de um projeto de vida, para a definição de uma identidade pessoal e social adulta e para a regulação de competências sociais. Um grupo de amigos fornece uma oportunidade de desenvolvimento e de afinação de competências de relação interpessoal, empatia, descentração, cooperação e solução de conflitos.

Para Engls e Bogt (2001), o consumo de álcool, marijuana ou comportamentos delinquentes ocorrem, na maior parte das vezes, em locais habitualmente frequentados pelo grupo (*pubs*, discotecas, concertos ou festas), sendo cada vez mais necessária a valorização destes contextos na compreensão do estilo de vida dos adolescentes. La Greca, Prinstein e Fetter (2001), convocam a afiliação a grupos como um aspeto essencial na cultura dos adolescentes. Alguns deles caracterizam os seus pares através do uso de “rótulos sociais” que se aplicam a um grande grupo ou multidão (“Crowd”). Esses rótulos refletem características grupais, que descrevem determinados grupos e correspondem a classificações como “os que faltam muito”, “os que consomem drogas” ou “os que causam problemas na escola” (“freaks” ou “Druggies”), entre outros. No entanto, Matos (2005) defende que estas classificações são por vezes contestadas, uma vez que, segundo alguns, correspondem a características grupais superficiais (não reconhecidas pelo grupo) e que têm a ver com uma espécie de “reputação” cultivada por elementos externos, frequentemente com base em meros pormenores ligados à aparência e às atividades do grupo e não com um modo de pensamento ou a um estilo de vida.

Segundo Matos (2008), nos últimos anos, as relações sociais dos adolescentes têm-se alterado a par com a expansão das novas tecnologias de informação e comunicação. Os jovens saem menos à noite, têm menos comportamentos de risco ligados aos consumos e à violência, mas afastam-se emocional e socialmente do mundo dos adultos, pais e professores, existindo concomitantemente uma grande expansão no uso de computadores pessoais, seja como procura de informação, seja como entretenimento ou ainda como espaço de socialização. Valente (2008) confirma que a realidade virtual cada vez mais entra no quotidiano, levantando a dúvida se se perfilará como uma nova forma de trabalho ou de lazer e socialização, ou nova dependência.

Perante esta problemática e reforçando a necessidade de novas necessidades de apoio familiar e profissional no universo dos adolescentes, Frydenberg (2008) sugere que os adolescentes devem ser alertados para o prejuízo pessoal de optarem por estratégias como centrarem-se nas suas preocupações, reduzirem a tensão através do consumo de substâncias e da exposição ao risco, fecharem-se e guardarem para si os seus problemas, tentarem ignorar um problema óbvio, ou ainda desistirem e resolverem não fazer nada.

Merrell (2008) chama a atenção para o facto de os adolescentes em meio escolar e familiar serem frequentemente alertados para as atitudes que não devem tomar, nem sempre sendo estes alertas acompanhados de um debate construtivo sobre comportamentos ou estratégias alternativas para lidar com os problemas.

Matos, Batista e Simões et. Al., (2008) constataam que no setor da saúde a recente legislação a nível da política de promoção da saúde, numa perspetiva de bem-estar e promoção de competências pessoais e sociais dos alunos, é uma aposta promissora no desenvolvimento de recursos de apoio aos alunos com maiores vulnerabilidades. Nesse sentido, os programas de intervenção a nível da família, da escola e da comunidade sublinham a necessidade de incluir os jovens como parceiros e como pares em qualquer intervenção com o objetivo de otimizar a sua saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis.

Podemos assim concluir que os estilos de vida não são dados, mas antes resultam da interação entre a personalidade e as influências sociais. Existe assim possibilidade de opção pessoal com liberdade e responsabilidade. É neste espaço que a educação para a saúde sobre SP, em geral, e sobre o álcool, em particular, adquirem relevância como agente de mudança social. Nesta perspetiva, a saúde, encarada como um bem pessoal e social, deve ser preservada através da adoção de comportamentos adequados, fazendo de cada pessoa e sociedade agentes da sua própria saúde.

- Cuidados de saúde

Esta área, uma das que nos exige atenção acrescida, integra aspetos como contratualização exclusiva da área médica, a falta de articulação entre cuidados em cuidados de saúde, primários e hospitalares, cuidados prestados unicamente numa visão de prevenção terciária, assim como a não formalização de parcerias para a equipa PLA. É cada vez mais premente perspetivar a intervenção em saúde numa lógica de promoção efetiva, em articulação com os determinantes sociais de saúde. Neste contexto, importa ter presente o preconizado na *Conferência Mundial do Rio*, (OMS, 2011), cujo objetivo se centrou no comprometimento político dos estados membros na luta contra as iniquidades em saúde, mediante a atuação sobre os determinantes sociais de saúde e bem-estar, com focagem intersetorial integral. Assume-se que a equidade conforma uma responsabilidade compartilhada, tendo como lemas “todos pela equidade e saúde para todos”. Assim, como todo o processo assenta numa linha condutora, importa convocar aqui os princípios de uma série de conferências internacionais sobre promoção da saúde, com especial realce para a *Declaração da Alma-Ata* (OMS, 1978) e da *Carta de Ottawa* (OMS, 1986), onde se

reafirma o valor essencial da equidade em saúde e se reconhece o gozo de um grau máximo de saúde que se possa conseguir como um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição económica ou social. É igualmente reconhecida a responsabilidade dos governos na defesa da saúde das suas populações, através da adoção de medidas sociais e de saúde adequadas, que têm que contar com o apoio de um ambiente internacional propício. É neste documento igualmente realçado o facto das iniquidades de saúde serem política e socialmente inaceitáveis e em grande medida evitáveis, sendo a promoção da equidade em saúde vital para o desenvolvimento sustentável, contribuindo inclusivamente para a paz e a segurança. Consideramos importante referir as três recomendações gerais da comissão sobre determinantes sociais da saúde: melhorar as condições de vida; lutar contra a distribuição não equitativa do poder, do dinheiro e dos recursos, e medir a magnitude do problema, analisá-lo e avaliar os efeitos das intervenções. Importa então saber a que se devem as iniquidades em saúde, esclarecendo que decorrem precisamente dos determinantes sociais de saúde, entendidos como as condições da sociedade em que o indivíduo nasce, cresce, vive trabalha e envelhece (OMS, 2011). Desta forma, as experiências dos primeiros anos de vida, a educação, a situação económica, a situação de emprego, o trabalho digno, a habitação e o próprio meio ambiente, assim como a presença de sistemas eficazes de prevenção e tratamento dos problemas de saúde constituem fatores que influenciam inexoravelmente as suas condições de vida. Neste documento considera-se essencial conseguir uma sociedade integradora, equitativa, economicamente produtiva e saudável, defendendo que a saúde e o bem-estar como características fundamentais de uma sociedade de êxito, integrada e justa. Neste sentido, a manutenção de uma boa saúde exige um sistema de saúde de boa qualidade, universal, integral, equitativo, eficaz, recetivo e acessível. O princípio de saúde em todas as políticas obriga à participação de todos os sectores e atores envolvidos e à existência de diálogo entre eles, estando demonstrada a eficácia da colaboração coordenada e intersetorial em matéria de medidas políticas. Tratando-se estes de objetivos comuns a todos, a saúde e o bem-estar deveriam de gozar de alta prioridade no âmbito local, regional, nacional e mesmo internacional. A crise económico-financeira mundial exige ainda, segundo este documento, a adoção urgente de medidas para reduzir as crescentes iniquidades de saúde, assim como impedir que piorem as condições de vida e se deterioreem os sistemas de saúde e proteção social de carácter universal. Desta importante reunião, emergiu a necessidade de incrementar a capacidade dos atores que exercem um papel na governança dos seus países, no sentido da promoção

da cooperação e do desenvolvimento internacionais na implementação de políticas, assim como do seguimento dos seus resultados. Sendo certo que há que estar atento às diferenças regionais e seus sistemas sociais, culturais e económicos, este documento realça a contribuição científica e a experiência de execução de políticas em determinantes sociais da saúde, referindo cinco áreas comuns para conseguir uma aplicação eficaz dessas políticas, a saber: governação, no sentido de combater as causas das iniquidades em saúde, implementando ações sobre os determinantes sociais de saúde; promoção da participação, através da liderança comunitária, para o estabelecimento de ações sobre os determinantes sociais de saúde; o papel do setor da saúde, através de programas de saúde pública, na redução das iniquidades em saúde; ação global sobre os determinantes sociais da saúde, com o alinhamento de prioridades e das partes interessadas e, por último, a monitorização do progresso, com a avaliação e análise das políticas implementadas, no sentido de fomentar a melhoria contínua de políticas em determinantes sociais de saúde. Neste sentido, torna-se fundamental dar atenção redobrada à importância do acesso aos cuidados de saúde, com relação à possibilidade de estigma face à doença, nos estilos de vida disfuncionais, como os PLA, assim como na discriminação e exclusão social. Para a consecução da equidade em saúde, devem ser considerados princípios fundamentais o desenvolvimento sustentável; a saúde em todas as políticas; e o desenvolvimento de parcerias comunitárias. A observação destes princípios figura-se fundamental, em termos de políticas, estratégias e planos de saúde pública sólidos, aos níveis nacional, regional e local, que visem a equidade em saúde através do controlo dos determinantes sociais de saúde.

O facto de estarmos numa das Unidades Locais de Saúde, constitui à partida um aspeto favorável à prestação de cuidados de saúde em linha integral. Da mesma forma se pode entender a complementaridade possível entre as Unidades funcionais do ACES, bem como o âmbito de competências das UCC, uma vez que importa que as potencialidades existentes sejam maximizadas. De salientar ainda a sensibilidade de entregar a coordenação destas unidades a enfermeiros, profissionais com competências e dedicação largamente demonstrada nesta área de cuidados, o que, em nossa perspetiva, promove o *empowerment* comunitário, o seu bem-estar, físico e mental, assim como o fomento dos valores democráticos.

Existe, no entanto, uma considerável base de conhecimento sobre os efeitos da crise socioeconómica no desemprego, endividamento e empobrecimento, que se estende sobre a

saúde e os sistemas de saúde (OPSS, 2013) e leva a que a reforma que se iniciou por “um esboço concetual e instrumental, com grande envolvimento de importantes lideranças profissionais, amplamente reconhecidas pelos seus pares” (OPSS, 2013, p. 75) tenham vindo a sofrer um processo de estagnação, que se reflete principalmente a nível das políticas de recursos humanos, bloqueados pelo centralismo e a burocracia. Do mesmo modo, o processo de contratualização com relação às UCC não sofreu nenhuma evolução (OPSS, 2014). O ponto forte focado neste relatório é o início do desenvolvimento do perfil profissional do enfermeiro de família. Como ponto fraco, aponta-se o risco de colapso dos sistemas de informação, representando um drama diário para os profissionais. Segundo a mesma fonte, o sistema continua a funcionar de modo “medicocêntrico” e “hospitalocêntrico”, sendo que nos CSP continua a existir falta de visão que permita integrar outros profissionais, o que não se apresenta como positivo na prestação de cuidados adequados, nos custos e na obtenção de bons resultados em saúde. No mesmo sentido é apontado o diminuto avanço no papel e desenvolvimento dos conselhos da comunidade, apesar da sua reconhecida importância (OPSS, 2014). O mesmo relatório salienta que as melhorias a que se tem assistido acontecem, maioritariamente, por iniciativa dos profissionais.

- Formação

É incontestável a necessidade de aprofundar conhecimentos e competências específicas na área das SP, em particular do álcool, visando a melhoria da intervenção individual, familiar e comunitária nesta área. Este investimento ajudará a retirar possíveis entraves provocados por ideias preconcebidas, assim como a demonstrar aos profissionais a importância da intervenção em adições.

Eis pois a pertinência da intervenção sustentada pelo objetivo de cuidados de excelência, que emerge da necessidade de dar resposta ao indivíduo/família/comunidade. A cultura atual, herdeira da vida rápida e de comportamentos de risco, incluindo a utilização do álcool, de que é exemplo o *binge drinking*, cria a necessidade de intervenções empreendedoras e inovadoras nesta área de intervenção, da qual os gestores não se podem alhear, tendo sempre presente a tão indispensável auscultação dos profissionais e dos próprios cidadãos e suas necessidades.

A insensibilidade de alguns profissionais para a importância dos PLA no bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidade pode levar à insuficiente formação dos profissionais das equipas de saúde em PLA, assim como a competências específicas embrionárias em PLA da equipa de saúde.

- Sistemas de informação/gestão

Os sistemas de informação/gestão afiguram-se essenciais à prática de avaliação de resultados através de dados que permitam aferir a marcha dos processos, assim como avaliar os resultados finais alcançados, comparando-os com os objetivos definidos. Desta forma, estes sistemas consideram-se hoje de fundamental importância no processo de implementação de todo o projeto.

A inexistência no SAPE de diagnósticos de enfermagem que permitam aos enfermeiros desenvolver registos que lhes possibilitem posteriormente a obtenção de informação de forma a conseguirem avaliar as reais necessidades dos indivíduos e os cuidados prestados, bem como a não aplicação do AUDIT nos sistemas, dificulta o processo de tipificação de consumos para intervenção em IB. Dificulta também a quantificação dos mesmos consumos ao nível da população trabalhada.

O processo de contratualização nesta matéria viria beneficiar sobremaneira as práticas em PLA nas unidades de cuidados, estimulando os profissionais à prática de IB. Os indicadores para tal elaborados possibilitariam a avaliação aos níveis de processo e resultado. Urge, pois, a definição de estratégias como uma área fundamental do planeamento em saúde, assim como do próprio trabalho de projeto. Neste sentido, procedemos à elaboração de uma análise SWOT, que apresentamos de seguida.



**Quadro 2– Analise SWOT**

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiros e professores abertos à inovação.</li> <li>- Enfermeiros e professores dotados de competências globais.</li> <li>- Trabalho em parceria interinstitucional e entre unidades de saúde.</li> <li>- Reconhecimento profissional da relevância da problemática do álcool.</li> <li>- Emergência de liderança na equipa PLA.</li> <li>- Projeto com visão ampla na cobertura da problemática PLA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insensibilidade de alguns profissionais à importância da problemática do álcool no bem-estar dos seus utentes.</li> <li>- Sistemas de informação que incluem PLA apenas parcialmente.</li> <li>- Contratualização das unidades de saúde não inclui PLA.</li> <li>- Tempo de consulta escasso para implementação de IB.</li> </ul>
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possível inclusão do AUDIT nos sistemas informáticos de apoio às práticas clínicas e de enfermagem.</li> <li>- Entusiasmo do Agrupamento de Escolas na adesão ao programa de promoção da saúde em PLA.</li> <li>- Acompanhamento dos indivíduos/famílias com PLA por equipa multidisciplinar no domicílio.</li> <li>- Inclusão do programa de promoção da saúde em SP no plano educativo do Agrupamento de Escolas.</li> <li>- O álcool constituir um programa prioritário de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não inclusão do AUDIT nos sistemas de apoio às práticas clínicas e de enfermagem.</li> <li>- Turmas com elevado número de alunos.</li> <li>- Crise económico-financeira e consequentes restrições no número de profissionais disponíveis na educação e na saúde.</li> <li>- Equipa de CRI com recursos limitados para suprir a implementação e acompanhamento da equipa PLA.</li> <li>- Disponibilidade temporal reduzida da equipa multidisciplinar de atendimento domiciliário em PLA.</li> <li>- Políticas e cultura desfavoráveis á saúde.</li> </ul>



Da análise desenvolvida realçam-se fundamentalmente os aspetos relacionados com a crise económica que o país atravessa e a sua repercussão no ambiente criado nas unidades de saúde e de educação em que este projeto se vai desenvolver. Os recursos cada vez mais escassos podem, muitas vezes, vir a comprometer os objetivos desejados. No entanto, é notório, em muitos casos, o empenho dos profissionais envolvidos, face às dificuldades encontradas na criação de um espaço para o desenvolvimento das atividades pretendidas.

É fundamental a criação de um ambiente que favoreça a prestação de cuidados com qualidade. Para isso é essencial que os profissionais adquiram formação e que esta seja abrangente e envolva a maior parte dos profissionais, no sentido de não se perder a visão global dos objetivos do projeto, tendo cada um, para além do crescimento pessoal e profissional necessário, a noção da sua particular aportação no todo que constitui este projeto integrado em PLA e, simultaneamente, a noção da importância fundamental da sua aportação na consecução dos objetivos esperados para os utentes em particular e para a comunidade em geral.

#### **Recursos existentes:**

Assume particular importância a nível de projeto e do planeamento em saúde propor para o problema encontrado uma solução que inclua múltiplas fases conhecidas, que têm vindo a ser utilizadas por nós neste projeto. Dessas etapas, a identificação dos recursos disponíveis para a consecução dos objetivos pretendidos, tendo em conta a melhoria da situação inicialmente descrita, é a que nos ocupará doravante.

Neste sentido, e numa lógica de gestão de recursos, a gestão de recursos humanos, afigura-se fundamental para a consecução dos objetivos, em linha com os processos utilizados, nunca perdendo de vista a otimização dos recursos disponíveis, assim como a inovação na rentabilização destes mesmos recursos, ou seja, conseguir mais resultados com os mesmos recursos, inovando o processo.

Neste Centro de Saúde existem sediadas três Unidades Funcionais, uma USF, uma UCSP e uma UCC e a equipa social. Existe também a equipa de rua, recurso disponibilizado pelo CRI.

Na USF, funcionam cinco equipas, constituídas cada uma por um médico e um enfermeiro. Os médicos detêm todos a especialidade de medicina geral e familiar, num

total de cinco médicos. Os enfermeiros, também eles num total de cinco, três são especialistas em enfermagem comunitária e dois são generalistas.

- A equipa A tem 1638 utentes, tendo como área de cuidados as freguesias de Infesta, Padornelo, Resende e Rubiães.

- A equipa B tem 1486 utentes, tendo como área de cuidados as freguesias de Cossourado, Ferreira, Formariz, Linhares, Mentrestido e Parada.

- A equipa C tem 1653 utentes, tendo como área de cuidados as freguesias de Bico, Castanheira, Cristelo, Porreiras e Vascões.

- A equipa D tem 1494 utentes, tendo como área de cuidados as freguesias de Agualonga, Covas, Cunha, Mozelos, Romarigães e Coura.

- A equipa E tem 1551 utentes, tendo como área de cuidados as freguesias de Insalde, Padroso e Paredes de Coura.

Existem 33 utentes referenciados como sem médico de família

(SINUS, 2014) <sup>5</sup>

Integram ainda esta unidade, cinco secretários clínicos. As equipas desta unidade estão organizadas por área geográfica. Esta organização surgiu, em reunião da USF, de uma proposta dos enfermeiros para a organização dos cuidados pela equipa de enfermagem, preconizada pela OE, à qual os médicos quiseram também aderir, estando neste momento esta unidade de saúde organizada por área geográfica. A atividade das equipas de saúde familiar no respeitante aos cuidados aos utentes com PLA encontram-se enquadradas nas práticas de cuidados no âmbito de qualquer dos programas estabelecidos para os CSP, não podendo ser de outra forma, uma vez que os utentes com PLA integram todos os programas previstos nesta área de cuidados em que o rastreio, o diagnóstico precoce e o acompanhamento se constitui fundamental. Assim sendo, não faz sentido calcular a carga horária dos profissionais de enfermagem necessária para a prestação de cuidados a estes utentes.

A UCSP é constituída unicamente por uma médica com especialidade de medicina geral e familiar, com 1503 utentes (SINUS, 2014) <sup>6</sup> Esta equipa não integra nenhum

---

<sup>5</sup>Fonte: SINUS Consultado em 26/11/2014

<sup>6</sup> Fonte: SINUS Consultado em 26/11/2014

enfermeiro. A consulta de enfermagem é assegurada pelos enfermeiros da USF. O apoio administrativo é igualmente assegurado pelos secretários clínicos da USF.

Em relação à UCC, é constituída por cinco enfermeiros, dos quais um é especialista em saúde materna e obstetrícia, outro é especialista em reabilitação, um terceiro é em comunitária e os restantes dois são generalistas. Esta unidade tem apoio administrativo da coordenadora da USAG. Realce-se a integração recente de uma psicóloga. Nesta unidade não houve também necessidade de estabelecer horário definido para o acompanhamento a utentes com PLA, uma vez que é a enfermeira responsável pela CPCJ quem articula com a restante equipa para a satisfação das necessidades de saúde destes utentes. De salientar o facto de uma percentagem significativa das crianças com processos nesta comissão terem relação com PLA, motivo pelo qual se integra no cuidado à criança ou jovem o trabalho com toda a família e comunidade envolvente.

Relativamente à equipa de assistência social, esta é formada por duas técnicas superiores, presentes às segundas e quintas-feiras, semanalmente das 9,30 às 17 H. Um dos seus elementos foi pioneiro no acompanhamento dos utentes com PLA referenciados pelas equipas de família, tendo sido o primeiro a estabelecer rede com o CRI e a equipa de rua. Por este motivo, pode considerar-se desnecessário o planeamento de horário específico para o atendimento a utentes com PLA, visto que, na sua filosofia de cuidados, estas profissionais demonstram integrar a problemática PLA nas necessidades de cuidados sociais aos utentes que apresentam essa problemática.

A equipa de rua é composta por um psicólogo, um enfermeiro especialista em saúde mental e uma assistente social. Esta equipa sediada em Viana do Castelo desloca-se ao concelho e efetua atendimento domiciliário às famílias PLA programadas nas primeiras e terceiras quintas-feiras de cada mês. Tendo em consideração o trabalhado desenvolvido até ao momento ao nível das teorias e metodologias aplicadas, a avaliação da situação, assim como as orientações políticas expressas em documentos como o *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* e o *Perfil de Saúde do Alto Minho 2014*, procedemos à priorização das áreas de intervenção do projeto, que são as seguintes:

- Prestação de cuidados,
- Organização e gestão de cuidados e elaboração de um manual de procedimentos para a equipa PLA,
- Sistemas de informação,
- Formação.

#### 4. PLANO DE AÇÃO

Este projeto tem como fim olhar para a problemática do álcool de uma forma que se pretende abrangente, procurando dar resposta aos problemas/necessidades em quatro dos cinco níveis de prevenção epidemiológicos, a saber: a nível primordial e primário, com a implementação de um programa de promoção da saúde no Agrupamento de Escolas do concelho; a nível secundário, com a implementação de uma equipa PLA e a nível terciário, com o acompanhamento por equipa multidisciplinar das famílias com PLA. Desta forma, é pertinente pensar um plano de ação orientado para a concretização dos objetivos estabelecidos, tendo em conta as necessidades/problemas.

Neste sentido torna-se essencial estabelecer os objetivos para este trabalho de projeto:

Objetivo:

- Criar um projeto integrado, em quatro dos cinco níveis de prevenção epidemiológicos, para o combate aos PLA no concelho de Paredes de Coura.

Objetivos específicos:

- Implementar um programa de promoção da saúde em SP e CAD no Agrupamento de Escolas de Paredes de Coura.
- Criar de uma equipa PLA alargada no concelho de Paredes de Coura.
- Implementar o acompanhamento domiciliário por uma equipa multidisciplinar dos indivíduos e famílias com PLA.

No *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*, no que diz respeito aos determinantes de saúde da população portuguesa, dos quinze descritos, seis têm a ver diretamente com o consumo de álcool, o que nos confirma a importância deste problema a nível nacional. O primeiro está diretamente relacionado com os estilos de vida e consumos. O segundo é relativo a determinantes relacionados com comportamentos de risco, em que, de acordo com o quarto *Inquérito Nacional de Saúde* (IDT, 2011), 54,8% dos homens residentes no continente referiu tomar pelo menos uma bebida alcoólica na semana anterior à entrevista, sendo nas mulheres a percentagem de 27,0 %. No entanto, regista-se um decréscimo na proporção de internamentos exclusivamente atribuíveis ao álcool, assim como na proporção de vítimas mortais de acidentes de viação com taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l. O terceiro tem a ver com a mortalidade prematura por doenças atribuíveis ao álcool e por suicídio apresenta uma tendência de aumento, sendo, no caso do álcool, as taxas de mortalidade padronizadas muito superiores, na ordem das seis vezes, no sexo masculino comparativamente às do sexo feminino, indicando que é um problema que

condiciona maioritariamente a saúde masculina. Desta forma, a rede pública/convencionada de estruturas especializadas no tratamento do consumo de álcool tem aumentado a nível nacional para dar resposta a necessidades crescentes.

O álcool é um dos principais problemas de saúde da população do distrito de Viana do Castelo, surgindo as perturbações por uso de álcool em quinto lugar e a doença crónica do fígado e cirrose em nono, na hierarquização resultante dos principais problemas de saúde da população do Alto Minho em 2011, constante do *Plano Local de Saúde do Alto Minho* (PLSAM) 2014 - 2016. De acordo com a mesma fonte, a doença crónica do fígado e a cirrose surgem como problema prioritário, considerando-se esta última como uma das causas de morte evitável sensíveis à promoção da saúde. Constata-se ainda que a taxa bruta de mortalidade prematura (<65 anos) evoluiu de forma crescente entre 2001 e 2010, mantendo a projeção de tendência para 2016, e a sua projeção aponta para que os valores continuem a aumentar para 2016.

No plano local de saúde do Alto Minho (PLSAM) 2014-2016 identificam-se igualmente os principais determinantes para a doença crónica do fígado, classificando-os em: *biológicos, ambientais, estilos de vida e sistema de saúde*. No âmbito dos *biológicos*, são apontados os fatores genéticos, a idade, o sexo, as doenças metabólicas e as doenças parasitárias. Nos *ambientais*, a cultura, o nível de escolaridade, o rendimento, a exposição ocupacional. São integrados nos *estilos de vida* aspetos como o alcoolismo, a toxicodependência e as tatuagens. Quanto ao *sistema de saúde*, são apontados a vacinação, o *Programa Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool*, assim como o diagnóstico e tratamento precoce.

Neste contexto, as recomendações para a intervenção propostas pelo PLSAM 2014-2016 são basicamente em duas perspetivas complementares: melhorar a qualidade do seguimento clínico e do tratamento dos utentes que são consumidores de álcool em excesso; e melhorar a intervenção comunitária, com o objetivo de diminuir os hábitos de consumo nocivo de álcool na população.

A intervenção será desenvolvida tendo por base os quatro grandes eixos enunciados no diagnóstico de situação:

- Prestação de Cuidados;**
- Organização e gestão de Cuidados e elaboração de um manual de procedimentos para a equipa PLA;**
- **Adequação dos Sistemas de Informação;**
- Formação.**

- Objetivos e plano de desenvolvimento do projeto.

Foram estas necessidades que serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação em equipa alargada PLA deste concelho, que se encontra projetado para o espaço de três anos, 2014-2016. Planeamos a intervenção em três fases, em que numa primeira fase, se procederá à sedimentação dos procedimentos da equipa PLA alargada, compreendendo as Unidades do CS, UCC, USF, UCSP, articuladas em parceria com as instituições comunitárias como o município ou a Segurança Social, entre outras. Numa segunda fase, implementar-se-á o projeto de promoção da saúde a nível comunitário no Agrupamento de Escolas deste concelho. Finalmente proceder-se-á à generalização da prática de IB ao nível das unidades do CS do concelho, pelos profissionais da equipa habilitados com formação para a sua implementação.

A planificação detalhada das atividades inscritas em cada um dos eixos encontra-se em apêndice: o primeiro, *prestação de cuidados*, (apêndice I); o segundo, *organização dos cuidados e elaboração de um manual de procedimentos para a equipa PLA* (apêndice II); o terceiro, *adequação dos sistemas de informação* (apêndice III) e, finalmente, o quarto e último, *Formação* (apêndice IV).

Passamos de seguida a uma abordagem sistemática de cada um dos eixos.

## **1 - Eixo prestação de cuidados**

Neste eixo inscrevem-se as três atividades que serão implementadas nos quatro níveis de prevenção epidemiológicos, para dar uma resposta cabal e tanto quanto possível completa às pessoas, famílias, comunidade com PLA, envolvendo para este fim as diferentes unidades funcionais do centro de saúde, assim como o Agrupamento de Escolas deste concelho, para, no âmbito do programa de saúde escolar, dar resposta às necessidades da comunidade educativa e comunidade em geral, no sentido de satisfazer os objetivos deste projeto. (apêndice I)

### **Intervenção ao nível da prevenção primordial e prevenção primária**

A presente atividade tem como base a intervenção nesta comunidade, tendo em conta os princípios previamente expressos, que enquadram uma atividade em prevenção primordial/primária, partindo da avaliação da realidade de saúde desta população, no sentido da obtenção de ganhos em saúde. Dito de outra forma, ambiciona-se, partindo da realidade atual, criar outra melhor, tendo em conta os resultados obtidos e medidos por indicadores traçados para a avaliação da intervenção.

Nesta intervenção, pretende-se que os atores, agentes sociais, participem de forma ativa na obtenção de ganhos em saúde pela obtenção de conhecimentos trabalhados e adquiridos num processo de educação para a saúde, que se traduza em empoderamento, consubstanciados em atitudes proactivas e responsáveis de saúde individuais e comunitárias.

Esta atividade partiu de uma necessidade sentida e expressa pelo grupo de professores do Agrupamento de Escolas deste concelho, nas pessoas da professora-coordenadora da educação para a saúde, assim como da professora diretora do agrupamento, pela constatação da existência de consumos de SP em alguns alunos da Escola Básica e Secundária de Paredes de Coura. Daqui decorreu a necessidade de procurar uma intervenção fundamentada que permitisse a abordagem em prevenção do consumo de SP a um nível de prevenção primordial/primária, uma vez que a escola já integra projetos de promoção para a saúde em várias áreas, não estando, no entanto, a ser implementado nenhum que aborde as SP e em particular o álcool.

Para dar resposta a esta necessidade dos docentes, procederemos à pesquisa dos programas disponíveis na área de SP e foi considerado essencial contactar a instituição com competências nesta área, o SICAD, mais concretamente a sua representação regional, o CRI de Viana do Castelo, para estabelecimento de uma parceria futura.

Com o objetivo de criar um grupo de trabalho neste agrupamento de escolas com formação em SP e de obter um instrumento que permita trabalhar esta temática com os alunos, é proposta a criação de um grupo de profissionais, (professores, psicólogo e eventualmente enfermeiros), que obtenham formação no programa preconizado pelo SICAD.

O referido programa encontra-se neste momento a ser implementado em vários Agrupamentos de Escolas deste distrito, sendo considerado como uma mais-valia na abordagem da temática das SP a nível da prevenção primordial/primária, com grupos de jovens dos 10 aos 18 anos de idade.

O programa que se pretende implementar foi desenvolvido por uma equipa técnica ligada à linha SOS Droga e surge integrado no desenvolvimento do *site* juvenil “Tu Alinhas?”. O seu objetivo é promover a reflexão em grupo sobre temas de desenvolvimento ligados à adolescência, criando uma dinâmica de grupo geradora de crescimento pessoal e social, constituindo-se como um instrumento promotor de processos de tomada de decisão e confrontação no seio do grupo (turma) e exploração de informação dirigido a grupos de jovens entre os 10 e os 18 anos. Tem por base 8 histórias em suporte

eletrónico, cada uma delas abordando temas ligados ao desenvolvimento pessoal e social, encontra-se incluída nas histórias a problemática do consumo de SP. Os jogadores têm como objetivo, conduzir um grupo de oito personagens, quatro rapazes e quatro raparigas de diferentes idades, etnias, personalidades, interesses e gostos, inseridos em diferentes tipos de famílias e com diferentes objetivos de vida, e representando as diferentes culturas juvenis, incluindo igualmente uma personagem “estrangeira”, com o intuito de trabalhar os temas ligados à diversidade cultural, por meio de um conjunto de decisões partilhadas no grupo de jogadores, na resolução de problemas do dia-a-dia dos jovens.

Neste programa, uma das formas de promover a aprendizagem é proporcionar ao indivíduo um contexto de grupo que permita a observação e com isto a modelação dos seus comportamentos, através de um processo de reflexão sobre as atitudes e argumentos gerados em contexto de jogo pedagógico. O recurso a uma narrativa permite, por um lado, no âmbito das personagens, um plano mais distante, e, por outro, constitui um instrumento que possibilita aos indivíduos projetar-se numa realidade e num plano mais próximo, os colegas de jogo, num processo de aquisição de competências sociais, demonstrado na forma como interpretam e se posicionam face às questões com que se deparam. O material de suporte a este projeto apresenta a estrutura de uma narração interativa (em formato de PowerPoint) que se constrói em função do jogador, permitindo ilustrar a dupla faceta do indivíduo enquanto narrador, observador e autor da realidade que o envolve. O processo de interpretação/ decisão e de construção da narrativa está presente ao longo de todo o processo, servindo de pano de fundo para aprofundar os diferentes conteúdos que dão corpo à estrutura da narrativa. A utilização do jogo, enquanto estratégia de intervenção preventiva permite de forma integrada a exploração de conteúdos, papéis e competências num contexto agradável e criativo, que tem como objetivo um processo de reflexão-ação ativa e crítica de atribuição de significados, que não deve ser encarado como uma atividade menor ou secundária à abordagem racional da problemática. A *internet* joga aqui igualmente um papel importante, no sentido do seu papel de auxiliar o processo de ensino, onde o jovem pode investigar temas que lhe são propostos aprofundar, de forma que estes sejam posteriormente trabalhados em contexto de grupo, constituindo-se assim num elemento ativo da sua formação pessoal e de elemento inserido no grupo/turma.

Este é um programa de promoção da saúde, no âmbito da prevenção dos comportamentos aditivos, que trabalha as seguintes competências: assertividade; comunicação; gestão de conflitos; gestão de emoções e tomada de decisão, entre outras.



A sua avaliação consiste essencialmente na avaliação de processo, sendo que a avaliação de impacto é efetuada pela aplicação de um instrumento estabelecido pela equipa central do programa, o LEQ.

A avaliação do impacto resulta da aplicação aos jogadores do instrumento LEQ, a ser aplicado previamente ao início do programa e, posteriormente, no final.

### **Intervenção ao nível da prevenção secundária**

A intervenção, ao nível da USF e UCSP, inscreve-se no âmbito da prestação de cuidados ao indivíduo e à família, numa perspetiva global e integrada, ou seja, no sentido de não esquecer a pertença do indivíduo a uma família e de esta estar inserida numa comunidade. A prestação de cuidados nestas unidades funcionais está direcionada para a prestação de cuidados a grupos específicos de risco, visando o diagnóstico e acompanhamento de situações de saúde individuais ou familiares, nas quais se pretende traçar com o indivíduo/família um plano de cuidados que tem o objetivo de resolver/controlar o problema detetado, num processo de prestação de cuidados holísticos, que garanta a acessibilidade e a continuidade. A identificação dos determinantes de saúde que afetam estes indivíduos, famílias e comunidade são essenciais ao processo de prestação de cuidados. Os cuidados nesta área de intervenção focalizam-se nas diferentes fases dos ciclos vital e familiar e nos diferentes níveis de prevenção. A formação especializada dos enfermeiros neste contexto manifesta-se cada vez mais necessária, tendo em conta a complexidade da prestação de cuidados às famílias.

Esta atividade nasce da necessidade sentida pelos profissionais deste Centro de Saúde em obter uma forma sistematizada, articulada e formal de triagem, aconselhamento, diagnóstico, encaminhamento e monitorização, na área das SP e em particular do álcool neste concelho. Os PLA são, como se viu, um problema prioritário deste concelho, urgindo estabelecer um protocolo de atuação com a instituição de referência nesta matéria, o SICAD, mais concretamente o CRI local.

As equipas de PLA estão implementadas em quatro concelhos deste distrito e constituem uma inegável mais-valia no trabalho de acompanhamento integrado dos casos de PLA. É, no entanto, de salientar que embora estas equipas PLA estejam vocacionadas para o acompanhamento multidisciplinar integrado de casos, o seu intuito primeiro deveria estar, como se preconiza, focado no diagnóstico precoce, para a deteção do nível de risco no consumo de álcool do indivíduo, com o objetivo de estabelecer uma intervenção breve de acordo com o grau de risco identificado. A atuação destas equipas tem-se centrado fundamentalmente, no acompanhamento de casos já identificados com PLA e no trabalho

da equipa multidisciplinar com estes indivíduos, famílias e comunidade, em detrimento do rastreio, clara e comprovadamente fundamental no diagnóstico precoce para a intervenção breve, com vista à redução dos riscos identificados nestes indivíduos, evitando em alguns casos a escalada de consumos e inclusivamente a possível dependência. É igualmente de salientar o contributo fundamental deste procedimento, no diagnóstico de situação desta problemática neste distrito, que se encontra todavia por fazer.

Conforme salientado, esta intervenção tem como finalidade rastrear com o objetivo de obter informação sobre os diferentes níveis de risco existentes no concelho, com o intuito de definir o problema, assim como diagnosticar precocemente a população com PLA, na perspetiva de que os seus níveis de consumo de risco não evoluam para a dependência, com os evidentes e importantíssimos ganhos em saúde e poupança de recursos que advêm desta prática. Pretende-se igualmente dar resposta formal ao acompanhamento da população com PLA deste concelho, de uma forma abrangente e planeada, centrada numa perspetiva transversal e multidisciplinar.

A vigilância de PLA tem um papel crucial ao fornecer informação que permite as mudanças nos padrões de consumo de álcool, que contribuem também para o desenvolvimento e avaliação de estratégias para o controlo do fenómeno. Dados atempados e corretos são um pré-requisito para a produção de informação de elevada qualidade e consequentemente para o controlo eficaz do fenómeno PLA neste distrito.

O local de intervenção será preferencialmente o Centro de Saúde. Desta forma, a intervenção desenha-se com abrangência comunitária. Pretende-se envolver todas as instituições do concelho e do distrito relevantes para o acompanhamento aos indivíduos com esta problemática.

### **Intervenção ao nível da prevenção terciária**

Com base na evidência científica existente, que aponta para o peso dos PLA nas famílias, com esta problemática, pretendemos formalizar uma parceria que incluísse todas as instituições direta ou indiretamente envolvidas com estas famílias, com vista ao envolvimento de profissionais de áreas fundamentais ao seu apoio especializado. Nesta perspetiva, procedeu-se à articulação com a equipa de rua contratualizada pelo CRI, que iniciou a sua intervenção neste concelho em fevereiro de 2014.

O acompanhamento dos indivíduos com PLA no seu contexto familiar e comunitário foi considerado essencial. A mais-valia pretendida centra-se na discussão de casos seguidos pela equipa PLA, com reuniões periódicas de discussão de caso. Esta

intervenção foca-se fundamentalmente numa perspectiva de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD).

Como exemplo disso e tendo em conta a preponderância do meio escolar, foi incluído nesta equipa o psicólogo escolar, com vista à articulação futura de casos entre os vários elementos das instituições da parceria, assim como a triagem célere de casos detetados para acompanhamento ao nível da intervenção em prevenção terciária epidemiológica.

## **2 - Eixo organização e gestão de cuidados e elaboração de um manual de procedimentos para a equipa PLA**

Neste eixo, pretende-se definir as funções inerentes a cada uma das Unidades Funcionais, assim como das instituições parceiras que incluem este projeto. (Apêndice II) Ao Agrupamento de Escolas caberá a implementação do programa de promoção da saúde em SP nas turmas cujos professores efetuarão formação no referido programa. Este programa permitirá a escolha de uma história, das oito possíveis, em que cada uma foca a problemática de uma ou mais SP, havendo uma que trata a problemática do álcool em concreto.

À USF e UCSP caberão, nas pessoas dos seus enfermeiros, a atividade de implementação do rastreio, com a aplicação do AUDIT, assim como a consequente IB (OMS, 1989) subjacente ao resultado encontrado no rastreio. Caberá ainda a estas equipas o encaminhamento, se necessário, do indivíduo em questão para outras instituições parceiras, como o CRI e/ou no âmbito das suas competências em saúde familiar, a sinalização duma criança da família, identificada com PLA no NACJR (Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco). Todo o trabalho em rede inerente a este processo pode incluir articulação com a UCC, na pessoa da enfermeira que integra a CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens), assim como a equipa alargada (consultar Despacho n.º 31292/2008 de 5 de dezembro de 2008). A rede de referenciação do SICAD, servirá de referência a estes profissionais, para a referenciação dos indivíduos, assim como para a forma de o fazer.

A UCC pode eventualmente assumir um papel de rastreio, no âmbito das suas atividades contratualizadas de prestação de cuidados à população da comunidade. Mas na problemática do álcool adquire particular relevância o papel desta unidade na sua participação na CPCJ, no seu papel de articulação fundamental entre esta comissão e as USF e UCSP.

À equipa de rua multidisciplinar de atendimento domiciliário caberá o acompanhamento das pessoas/famílias com PLA sinalizadas pelas diversas unidades funcionais. Estas equipas integram a equipa PLA e participarão ativamente nas reuniões periódicas para discussão de casos sinalizados em acompanhamento, assim como na receção de indivíduos/famílias, de novo diagnóstico em PLA. A área fundamental de atividade destas equipas insere-se na filosofia de RRMD.

Pretende-se que de forma transversal todas estas atividades sejam acompanhadas e monitorizadas. A construção de indicadores irá refletir a forma como os resultados foram alcançados. Estes indicadores encontrar-se-ão em anexo, assim como o cronograma de atividades necessárias à consecução dos referidos indicadores.

O fator comunicação, interna e externa, essencial a todo este processo será igualmente alvo de uma estratégia na qual se pretende que todos os intervenientes estejam atempadamente a par dos resultados deste projeto.

Proceder-se-á, igualmente, à elaboração de um manual de procedimentos, que se pretende construído entre os vários elementos da equipa PLA deste concelho, nos espaços de discussão periódicos criados para discussão de casos. No final da sua produção, será entregue um exemplar do referido manual a cada instituição parceira neste projeto, com o fim de orientar as práticas conjuntas.

### **3 - Eixo Adequação dos sistemas de informação**

Este eixo surge no contexto da análise efetuada e expressa no diagrama de espinha de peixe, que diz respeito ao facto da não existência nos programas de apoio às práticas clínica e de enfermagem de um suporte de registo dos resultados do AUDIT, com o fim de satisfazer a necessidade de obter a quantificação dos resultados dos rastreios, ou seja, de saber o número de indivíduos que existem nas quatro áreas de risco que o AUDIT permite identificar. (apêndice III)

Será então necessário discutir a construção de indicadores para este fim com a entidade com competências nesta área, o Conselho Clínico da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM). Desta forma, a informação obtida com a prática de rastreio através do AUDIT será corretamente registada nos sistemas de apoio às práticas das equipas de enfermagem, constituindo-se este registo essencial à caracterização da problemática do álcool no distrito, facultando dados fundamentais ao planeamento em saúde, que são, até ao momento, inexistentes.

Para concretizar este objetivo, pretende-se atuar em três vertentes:

- Reuniões com o Conselho Clínico da ULSAM para a inclusão das IB nas intervenções contratualizadas das unidades USF e UCSP.
- Reuniões com o Conselho Clínico da ULSAM, com o fim de incorporar os indicadores de avaliação PLA nos indicadores contratualizados para a ULSAM.
- Contacto com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), organismo responsável pela gestão das aplicações informáticas do Ministério da Saúde, visando estudar a possibilidade de inserir o AUDIT, ou informação sobre o seu resultado, no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), de modo a gerar indicadores para a quantificação da problemática do álcool na ULSAM.

#### **4 - Eixo Formação**

Este eixo pretende planear e assegurar a formação necessária para a implementação das atividades deste projeto, ao nível das atividades de prevenção primária e secundária. A equipa multidisciplinar de intervenção em prevenção terciária demonstra competências e prática suficiente para a implementação das atividades ao nível da prevenção terciária. (apêndice IV)

Identificada a necessidade de intervenção em prevenção primária em SP com os alunos do agrupamento de escolas, cumpre organizar um grupo de professores interessados em formação no programa de promoção para a saúde em SP, assim como articular com o CRI, na pessoa da responsável pela área de missão da prevenção, no sentido de possibilitar o agendamento de formação para posterior implementação do programa neste Agrupamento de Escolas.

Do mesmo modo, identificada a necessidade pelos profissionais deste Centro de Saúde da formação de uma equipa PLA, urge o contacto com o CRI, na pessoa do responsável pela área de missão de RRMD, no sentido de agendar a formação inicial para a formalização de uma equipa PLA neste concelho. Refira-se a importância da existência de momentos de monitorização transversal posteriores à constituição da equipa, para sedimentar as práticas de atuação em PLA, até que a equipa local se sinta capaz de exercer autonomamente as funções de acompanhamento de indivíduos com esta problemática.

A formação em si não fica concluída com o término da formação para a constituição da equipa PLA, mas configura antes o início de um largo processo que se estenderá ao longo do tempo, com vista ao aprofundamento de conhecimentos e competências dos profissionais da equipa e à constante atualização no que diz respeito aos avanços

confirmados pela literatura. Constitui-se assim um processo contínuo na melhoria dos cuidados oferecidos aos indivíduos com PLA.

É igualmente pretendida a elaboração de um *dossier* de consulta que permita consolidar conhecimentos na área dos PLA, servindo igualmente de referência às práticas de seguimento e encaminhamento de indivíduos PLA ao nível do organigrama de cuidados.

## **5 – Eixo Plano de Comunicação**

Neste eixo pretende-se planear as atividades de comunicação deste projeto. Porque a comunicação do projeto se fugura essencial às boas práticas, pretende-se apresentar as atividades previstas.

- Divulgação científica do projeto:

- Comunicação em Congressos
- Elaboração e publicação de artigos científicos

- Divulgação à comunidade (Acknowledgment):

- Comunicação do projeto na Unidade onde presto serviço, Unidade de Saúde Pública do Alto Minho
- Comunicação do projeto às Unidades Funcionais que dele fazem parte
- Comunicação do projeto às instituições parceiras

## **5. DO PLANEADO AO REALIZADO**

É característica principal de um projeto, o seu caráter temporário, com o objetivo de criar um serviço original. Constituem-se atividades encadeadas para dar resposta aos objetivos propostos. Nesta fase de implementação, pretende-se que as atividades previamente planeadas sejam postas em prática. Para isso é fundamental que todos os profissionais envolvidos demonstrem empenho e conhecimentos. Pese embora as dificuldades inerentes ao momento de crise que atravessamos, que se refletem em múltiplos aspetos da prática clínica e educativa, os profissionais das diferentes áreas mantêm a motivação necessária para não pôr em causa a implementação de atividades em prol desta problemática, destacando-se na análise efetuada o empenho e entusiasmo demonstrado pelos profissionais, refletido nas forças e oportunidades expressas.

Importa salientar, num primeiro momento e referindo-nos agora à implementação do planeado em prevenção secundária, que neste capítulo se apresentará a forma como as atividades começaram a ser postas em prática, seguindo uma sequência cronológica.

O trabalho de projeto é, por excelência, um trabalho de grupo em que os diferentes intervenientes são chamados a colaborar com as suas áreas de conhecimento específicas e opiniões pessoais e profissionais, resultantes das experiências nas suas áreas de atuação. Neste sentido, afigura-se essencial o trabalho em parceria na consecução dos objetivos do projeto. As parcerias, tal como assegura a investigação de vários autores, constituíram-se essenciais no suporte da concretização do presente trabalho. Assim, do trabalho em parceria com as instituições da equipa PLA nuclear, CRI e Centro de Saúde, esta última, nas suas Unidades Funcionais UCC, USF e UCSP, emergiu a necessidade de adotar uma estratégia de intervenção comum com estas instituições. A visão do paradigma comunitário na construção de uma estratégia de atuação não constituiu entrave, possivelmente devido a que muitos dos profissionais intervenientes têm formação específica nesta área, refletida na sua prática diária no terreno.

### **1 - Eixo prestação de cuidados**

Pelo facto de não haver por parte da equipa alargada educação/saúde conhecimento prévio aprofundado na área das SP, em geral, e do álcool, em particular, foi efetuado investimento na pesquisa exaustiva de literatura, tendo esta revisão incluído a procura de dados de forma a enquadrar a situação do álcool nos contextos internacional, nacional e

local. A pesquisa de informação neste último contexto surpreendeu a equipa pela sua inexistência a nível distrital e concelhio.

As equipas PLA formadas até ao momento centram-se numa intervenção ao nível da intervenção terciária, apenas no âmbito da gestão da doença. Pelas necessidades que emergiram ao nível do Centro de Saúde assim como do Agrupamento de Escolas, tornou-se manifesta a premência de abordar o problema numa perspetiva de prevenção mais holística e integrada, como se pretende manifestar no modelo integrado de abordagem aos PLA para este concelho.

## **2 - Eixo organização e gestão de cuidados e elaboração de um manual de procedimentos para a equipa PLA.**

No momento em que se começou a vislumbrar a necessidade da criação de um projeto em PLA para Paredes de Coura, e tendo em consideração o levantamento de informação para o diagnóstico de situação previamente referido, foi agendada uma reunião com toda a equipa de enfermagem do Centro de Saúde, no sentido de discutir os dados encontrados e identificar sensibilidades para esta problemática nestes profissionais. Pelo facto de esta realidade nos ser muito próxima a nível local e porque a prática clínica é uma preocupação das equipas das unidades funcionais deste Centro de Saúde, todos estivemos de acordo na necessidade de encetar um processo de projeto para a resolução formal desta problemática.

Após a consciencialização da problemática, comum a todos os intervenientes no processo, foi acordado contactar o CRI no sentido de nos aproximarmos das práticas preconizadas em CAD. Devido à amplitude da intervenção do projeto, foi necessário explorar entre outras, as áreas de missão da prevenção e da RRMD, por serem áreas que se constituíram fundamentais para dar resposta aos objetivos pretendidos pela equipa alargada.

A organização de cuidados podera ser reajustada em função da operacionalização do Despacho 3802 de 16 de Abril de 2015 do Ministério da Saúde. Este despacho cria um grupo de trabalho no âmbito do programa prioritário tabaco/álcool composta por elementos do Ministério da Saúde (MS), da DGS, do SICAD, da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), assim como das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) e dos SPMS, entre outros, com o objetivo da implementação de um programa de deteção precoce e IB dirigido ao consumo excessivo de álcool e tabaco, nos CSP a nível Nacional, com a criação de um relatório final para a implementação deste programa.



A elaboração de um manual de procedimentos para a equipa PLA terá lugar em tempo oportuno, no âmbito das reuniões de equipa PLA deste concelho.

### **3 - Eixo Adequação dos sistemas de informação**

A criação de registos, até agora inexistentes, que complementem o diagnóstico de situação manifestou-se igualmente premente. Espera-se que a médio prazo passem a existir meios para a monitorização do projeto, com a construção, nos sistemas de informação, de suportes de registo de enfermagem que permitam criar informação para a posterior leitura de indicadores de resultado, verdadeiros avaliadores dos resultados das práticas em saúde. Estes registos contribuem igualmente para a demonstração do impacto que os cuidados de enfermagem têm no bem-estar dos indivíduos, dando visibilidade ao contributo dos enfermeiros no processo de ganhos em saúde individuais e coletivos. Está aqui implícita produção de conhecimento científico. Este processo aumenta a capacidade pessoal e profissional para a tomada de decisões políticas fundamentadas que visem a defesa do sistema de saúde e com ele a melhoria do bem-estar e ganhos em saúde.

Decorre daqui a necessidade premente da inclusão do AUDIT no SAPE, de forma a concretizar os objetivos deste projeto, motivo pelo qual emergiu por si só como um eixo de intervenção. Se isso não acontecer, poderá pôr em causa o trabalho de planeamento em saúde pretendido, comprometendo já de *per si* a futura avaliação do projeto, mais concretamente nos indicadores de resultado. Por esse motivo foram planeadas e serão a seu tempo executadas as estratégias contempladas no planeamento deste projeto.

### **4 - Eixo Formação**

Pelo facto de ser referido por muitos profissionais a falta de formação para implementar da IB, foi proposta a frequência da formação neste âmbito, organizada pelo CRI de Viana do Castelo, com o objetivo de melhorar os conhecimentos dos elementos das equipas das UCC, USF e UCSP, assim como dos profissionais da equipa social, para intervenção formal em PLA. Para tal, procedemos à inscrição dos profissionais na ação de formação PLA, promovida pela Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), que decorreu nos dias 17 e 18 de fevereiro de 2014. Este espaço formativo sedimentou o alicerce na vontade dos profissionais do Centro de Saúde na constituição da equipa PLA concelhia, tendo constituído um estímulo no empoderamento destes profissionais para a prática em PLA como parte essencial deste projeto inovador.

A formação para a criação da equipa PLA neste concelho realizou-se nos dias 15 e 16 de julho de 2014, em parceria com o CRI de Viana do Castelo (instituição formadora e

responsável pelo acompanhamento periódico da equipa) até que esta atinja maturidade para ser autónoma. Para além da criação da “equipa nuclear”, formada pelas Unidades Funcionais do Centro de Saúde, UCC, USF, UCSP, equipa de assistência social, responsáveis pela implementação das IB, pelo acompanhamento e triagem de indivíduos para outros níveis de cuidados, e a equipa de rua, estiveram presentes os parceiros deste Centro de Saúde (“equipa alargada”), relevantes para a implementação deste projeto, nomeadamente, a Segurança Social, a Autarquia e uma IPSS, nas pessoas designadas por essas instituições para formalizar a equipa PLA alargada, com o objetivo de sedimentar as práticas deste grupo de trabalho, para que em conjunto se apropriem dos novos conceitos em CAD, como as IB e a rede de referênciação atual proposta pelo SICAD.

A equipa de rua, integrante da equipa nuclear, não esteve presente, mas a articulação foi assegurada pelo responsável pela articulação da equipa, que é também responsável pela área de missão de RRMD e formador nesta ação de formação:

Esta formação teve como objetivos gerais:

- Promover e aprofundar a formação em PLA nos cuidados de saúde;
- Desenvolver o treino de competências dos profissionais dos cuidados de saúde em matéria de PLA, preparando-os para dar resposta a nível local no contexto da prevenção na comunidade e de intervenção de primeira linha dirigida a utentes e famílias;
- Potenciar e melhorar a articulação interinstitucional entre unidades prestadoras de cuidados de saúde, através da utilização de referenciais comuns e da operacionalização de redes de referênciação.

Como objetivos específicos:

- Sensibilizar para o aperfeiçoamento de conhecimentos sobre os PLA;
- Identificar os vários padrões de consumo e estratégias de intervenção;
- Desenvolver competências no âmbito da intervenção aos diferentes níveis de prevenção em PLA;
- Dominar os critérios de referênciação e os procedimentos de encaminhamento na rede de cuidados para os PLA.

Os conteúdos programáticos encontram-se alinhados com os objetivos como se pode ver no (apêndice VII).

Este momento formativo e de reflexão sobre os PLA decorreu num ambiente de grande abertura, com uma metodologia ativa-participativa e de *role-play*, em que os participantes tiveram oportunidade de expor os seus pontos de vista e debater a problemática, enriquecendo os seus conhecimentos e tendo a possibilidade de simular

diferentes momentos de consulta em IB. Este espaço formativo foi dinamizado por quatro elementos do grupo da equipa do CRI: um médico, um enfermeiro, uma psicóloga e uma técnica superior de serviço social. Cada profissional foi responsável na formação por introduzir os aspetos específicos das áreas dos cuidados que prestam a estes indivíduos no seu dia a dia profissional, satisfazendo os objetivos formativos expressos a montante.

Em momentos posteriores, haverá oportunidade de cada profissional do Centro de Saúde pôr em prática na sua consulta as aprendizagens efectuadas, possibilitando os futuros espaços formativos em equipa PLA restrita (Centro de Saúde-equipa de rua) e a troca de experiências numa lógica de ação-reflexão que conduzirá, consequentemente, ao aumento de competências e à capacitação destes profissionais em IB. Vão certamente emergir neste espaço de formação-ação valores, crenças, preconceitos e atitudes, que poderão ser trabalhadas no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados por estes profissionais em vertentes ético-legais aos indivíduos com PLA.

Há a salientar a intervenção das unidades funcionais do Centro de Saúde, assim como da assistência social no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), bem como de um elemento da UCC na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Foi, por isso, nossa intenção, a criação de uma equipa PLA alargada, com a inclusão de outras instituições relevantes neste processo, como a Câmara Municipal, onde está sediada a CPCJ; a Segurança Social e o Organismo Utilitário Social de Apoio Mútuo (OUSAM) deste concelho, que já vinham trabalhando os PLA em parceria desde há muito tempo, pese embora o facto de a articulação não estar formalizada como passa a estar.

O processo de articulação formal entre o Centro de Saúde e a equipa de rua tem sofrido alguma demora, devido à escassez de recursos do CRI, relacionados com constrangimentos na disponibilidade do profissional responsável pela implementação das equipas PLA. Por esse motivo, as reuniões periódicas de articulação formal não se têm efetuado. Não quer isto dizer, no entanto, que não exista contacto entre as equipas, ou que o plano para os indivíduos sinalizados não esteja a ser cumprido. Consideramos, porém, pertinente aguardar pela presença do elemento do CRI, tendo em conta que a equipa de rua é contratualizada por essa entidade e porque todos os elementos constituintes das equipas do Centro de Saúde consideraram uma mais-valia a presença do referido elemento nas reuniões de articulação, dada a sua formação e experiência na constituição das equipas PLA. É nossa opinião que o CRI, como entidade parceira a quem incumbe a problemática dos CAD, deve assumir um papel fundamental na articulação destas entidades até que estas demonstrem capacidade de atuar autonomamente. A partir desse momento o CRI assumirá

o papel previsto na rede de referenciação do SICAD e um papel de assessoria. Em contactos directos com a equipa do CRI, fomos informados que só haverá disponibilidade da referida equipa para o acompanhamento do processo de consolidação da equipa PLA deste concelho a partir do mês de abril do corrente ano de 2015. Por motivos óbvios, estas reuniões constituem, no seio das equipas PLA concelhias, mais-valias fundamentais ao processo de cuidado aos indivíduos com PLA. Está previsto realizar-se nesses momentos a criação de um manual de procedimentos da equipa (nuclear e alargada), com criação de fluxograma de atendimento que facilitará sobremaneira a assunção de uma visão global do indivíduo, sobretudo quando tratamos de uma visão integrada dos indivíduos com PLA, em que se pretende uma visão multiprofissional e por objetivos; prevê-se ainda a criação da figura do gestor de caso e os critérios da sua intervenção; a elaboração do Plano Individual de Intervenção (PII) de cada indivíduo/família, assim como outras que o funcionamento da equipa proporcione.

O tão necessário papel de dinamização e liderança das equipas de cada uma das Unidades Funcionais em PLA emergiu espontaneamente, ou por motivos que se prendem com a sensibilidade pessoal ou profissional de alguns elementos a determinados temas e especialidades da prestação de cuidados, ou pelo facto de na sua prática profissional já serem responsáveis por áreas da prestação directamente relacionadas com temas PLA.

Igualmente, como ficou claro no planeamento, se considerou não fazer sentido a intervenção apenas a um nível de prevenção, podendo dessa forma pecar de visão parcial, pelo que houve, na tentativa de modificação positiva da realidade em que nos encontramos, necessidade de implementar intervenções em prevenção primordial e primária. Assim, com o objetivo de formar uma equipa no Programa “Eu e os Outros”, para a prevenção de comportamentos de adesão à SP no Agrupamento de Escolas de Paredes de Coura, frequentei formação no referido programa na Escola de Santa Maria Maior em Viana do Castelo, às quintas-feiras, no período compreendido entre 28 de novembro de 2012 e 30 de junho de 2013, com uma duração de 54 horas, das quais 27 horas de sessões presenciais em grupo e 27 horas de sessões não presenciais. Esta formação constou de duas partes, uma de natureza presencial, com nove sessões, e uma segunda de monitorização da implementação (componente prática), com sete sessões. Nesta procedeu-se à implementação de uma história do programa em contexto de sala de aula com uma turma. Concomitantemente houve sessões presenciais de apoio ao planeamento e acompanhamento das sessões de aplicação do programa.

A formação neste programa tem como objetivo geral:

- Consolidar e desenvolver conhecimentos teórico-práticos, no âmbito de promoção e educação para a saúde em meio escolar, que facilitem a implementação, desenvolvimento, monitorização e avaliação do “Eu e os Outros”, com impacto nas competências pessoais e no estado de saúde global dos adolescentes e jovens que sejam objeto da intervenção.

Como objetivos específicos:

- Desenvolver competências e treinar metodologias para a abordagem dos temas integrados no Programa de Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar, através do “Eu e os Outros”;
- Fomentar a integração dos conhecimentos adquiridos na intervenção a realizar junto de grupos de adolescentes e jovens, segundo um planeamento construído no decurso da formação e com acompanhamento técnico e supervisão;
- Promover o domínio dos instrumentos avaliativos do “Eu e os Outros”, aplicando-os à análise de resultados da intervenção efetuada.

A implementação deste programa cabe fundamentalmente a professores, no entanto, o meu objectivo ao frequentá-lo prendeu-se com a necessidade pessoal do aprofundamento de conhecimentos nestas matérias, bem como noutras áreas, como por exemplo, o preconizado pela literatura relativamente a objetivos na implementação de programas de promoção da saúde em CAD, com o fim de o poder demonstrar junto do Agrupamento de Escolas, como proposta para satisfazer a necessidade sentida e expressa em matéria de CAD. Efetuei a demonstração do programa com uma turma de alunos da professora coordenadora de educação para a saúde do Agrupamento do Escolas de Paredes de Coura de forma a poder passar a contar com uma equipa de professores com competências adquiridas para abordar as SP, os CAD, em particular os PLA.

Após reuniões com a diretora e efetuada a consulta ao Conselho Pedagógico, foi decidido incluir o programa no Plano Educativo do Agrupamento de Escolas. Reuniu-se então um grupo de professores interessados em efetuar formação no referido Programa De Promoção Da Saúde e depois dos devidos contactos com o CRI, na pessoa da coordenadora da área da prevenção, estabeleceu-se uma data para o início dessa formação, que aconteceu a 5 de novembro de 2014, contando com a presença de 21 professores.

No projeto, a monitorização é um dos passos a cumprir, com o objetivo de avaliar o andamento do que foi planeado. A sua gestão permite medir em que grau se está a caminhar no sentido da concretização dos objetivos propostos, tendo em atenção os prazos e os recursos disponíveis. A gestão dos recursos e a integração das atividades contribuem para o ao alcance dos objetivos propostos. Os indicadores constituem-se na forma de

avaliação daquilo que foi planeado, permitindo a correção do que foi proposto. Os utilizados neste processo encontram-se em anexo, (anexoVI) em ficha própria. De salientar o facto de muitos desses indicadores não poderem de momento ser avaliados, devido ao carácter periódico dessa avaliação. Como exemplo, o caso do Programa de Promoção para a Saúde onde os indicadores preconizados para a avaliação são os alunos alvo das intervenções com carácter anual.

Neste processo emergem os avanços e os constrangimentos inerentes ao seu desenvolvimento.

O projeto impõe-se como um desafio na tentativa de melhorar a realidade problemática encontrada, baseando-se na pesquisa de informação que nos permita compreender a realidade e partir dessa base para planear melhorá-la. A pesquisa científica constitui-se essencial no sentido de entender quais as melhores práticas disponíveis para a resolução do problema percebido nesse momento específico. É pois fundamentalmente um trabalho em equipa, onde a liderança necessária à sua implementação necessita de uma boa dose de investimento e de aprendizagem. Para este fim importa planear a continuidade da implementação do projeto, pelo menos enquanto o problema persistir e não se tiverem alcançado os objetivos propostos. O ideal seria, com a intervenção planeada, que o problema se extinguisse, o que não acreditamos que seja possível nos CAD e em particular nos PLA.

## **5 – Eixo Plano de Comunicação**

Neste âmbito, aguarda-se a publicação deste trabalho, para iniciar a elaboração de artigo científico. De igual modo proceder-se-á à comunicação em congresso, assim que haja oportunidade. Da mesma forma se procederá atempadamente, ao agendamento de reuniões para a comunicação do projeto às instituições previstas aquando do planeamento.

## **6. PERSPETIVANDO O FUTURO.**

Como pudemos analisar, a realidade em termos europeus, nacionais e locais, em termos de consumos de álcool, assume proporções preocupantes, apontando no caso de Portugal uma tendência, se não a piorar, pelo menos a não melhorar. Assume-se então relevante a intervenção dos enfermeiros, de uma forma responsável, autónoma e fundamentada na evidência. É de todo pertinente a criação de projetos nas áreas encontradas como problemáticas nas populações que cuidam e o enquadramento da sua atuação de enfermagem em geral e em PLA, em particular, nas suas respostas aos problemas dos indivíduos ao seu cuidado, para a consecução de ganhos em saúde desses indivíduos, famílias e comunidades.

Esta realidade tem influência na implementação de projetos, nas incertezas que geram, abrindo-se a possibilidade de comprometimentos futuros na consecução dos objetivos traçados. Efetivamente, estamos cientes da necessidade que constitui o facto da problemática que serve de base ao início de um processo de projeto ser realmente sentida por aqueles que são chamados a intervir na melhoria da situação encontrada. Isso constitui, a nosso ver, uma condição essencial ao êxito e à continuidade da intervenção.

É ainda fundamental a criação de uma boa rede de parceiros, que sejam escolhidos com critérios de acerto, na mais-valia prevista na melhoria da problemática dos indivíduos. Estes parceiros devem ser envolvidos o mais precocemente possível, sendo essencial que se sintam parte na resolução do problema, ou seja, sintam também o problema como seu, no que diz respeito à problemática que detetam nos indivíduos a quem prestam cuidados nas suas áreas específicas de atuação. Por este motivo todos foram convidados a estarem presentes e compareceram na formação que constituiu o marco do início da equipa PLA deste concelho. O histórico do trabalho em parceria com as entidades do concelho é positivo, tendo possibilitado o conhecimento mútuo dos profissionais em questão e aumentado a sua disponibilidade e o empenho na resolução dos problemas dos indivíduos. É desta forma pretendido, com a criação de uma equipa PLA alargada, que os elementos estratégicos das instituições parceiras estejam ao corrente das linhas orientadoras atuais de trabalho com os indivíduos com PLA e que cada um, dentro das suas realidades, se sinta envolvido e considere pertinente a sua intervenção. Para tal, é necessário a criação futura, em espaço de reunião de parceiros, de um manual de articulação da parceria, seja sentido como necessário. Prevê-se, assim, que as reuniões ordinárias decorram unicamente com a presença da equipa restrita, dependendo dos PII dos indivíduos a inclusão de outros

profissionais da equipa alargada com o fim de dar resposta às necessidades encontradas para a resolução e acompanhamento de situações mais concretas e específicas.

As relações entre as unidades do Centro de Saúde não escaparam à turbulência trazida pela mudança na reorganização dos cuidados. Porém, o trabalho de adaptação à mudança, embora árduo, tem sido efetuado paulatinamente. Dado que o processo de reorganização não é recente, tendo já havido tempo de assimilar a missão interna de cada equipa, encontramos atualmente no processo de abertura às outras unidades funcionais visando resolver problemas dos indivíduos que são comuns às diferentes unidades. É exemplo do exposto o bom funcionamento do NACJR, que espelha a articulação positiva existente entre as unidades, e o facto de aqui se encontrar uma boa percentagem de casos com relação direta ou indireta com os PLA.

No que diz respeito ao Agrupamento de Escolas, existe um trabalho de parceria desde há longa data com o Centro de Saúde, mutuamente reconhecido como muito profícuo, o que facilita bastante a identificação de problemas de saúde na escola, assim como a articulação Educação-Saúde na procura de resolução desses problemas. Por outro lado, a metodologia de projeto é, desde há já bastante tempo, o modelo preconizado e o efetivamente utilizado na intervenção nas práticas de promoção da saúde/prevenção da doença neste Agrupamento de Escolas, no marco de intervenção da Saúde Escolar. A área concreta de prevenção em CAD encontrava-se no entanto a descoberto, mas esta intervenção veio colmatar o vazio sentido. De salientar a confirmação do facto sugerido pela literatura, de ser em ambiente de grupo de pares, incluindo, por vezes, na escola, que se dá o primeiro contacto com estas substâncias, sentindo então os professores a necessidade premente de aprofundarem conhecimentos nestas matérias e poderem contar com uma retaguarda da área da saúde, no encaminhamento de casos detetados de consumos individuais ou de alunos cujos familiares consomem. A implementação deste Programa de Promoção da Saúde, com a contribuição direta do CRI, abre outra porta de acesso direto aos cuidados e à consultoria nos casos de consumos detetados, o que se traduzirá certamente em ganhos reais de saúde nesta comunidade escolar.

A metodologia de projeto não é de forma nenhuma estanque, pelo contrário, ao longo da sua implementação, necessita de reformulações e correções que decorrem das avaliações de monitorização intermédia e final. Desta forma, encontramos-nos sensíveis aos fatores que possam vir a ser alvo de modificação. Não obstante, sabemos que estamos em presença de um projeto que traz inegáveis mais-valias para a comunidade deste concelho, no respeitante aos PLA, suficientemente abrangente (em quatro dos cinco níveis de



prevenção epidemiológica) motivo pelo qual, em nosso entender, tem largas perspectivas de futuro.

## **NOTA CONCLUSIVA**

Ao alcançar este momento, é pertinente fazer ponto de situação e relembrar o objetivo que norteou este trabalho, que não foi outro que a obtenção do grau de mestre, (por ser objetivo final desta fase de formação, 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo), estando, no entanto, sempre consciente do facto de através dele conseguir pôr em prática a verdadeira implementação da teoria do projeto, assim como o planeamento em saúde, sem esquecer a epidemiologia, verdadeiras norteadoras deste trabalho na procura de uma solução para um problema sentido, que constituiu grande mais-valia pessoal, profissional e para o contexto dos cuidados neste concelho no que concerne aos PLA. O planeamento e concretização deste trabalho permitiram-nos aprofundar conhecimentos e adquirir novas competências na área que nos ocupa, a intervenção comunitária, outro dos pilares em que se assenta o presente projeto.

Como podemos observar pelos dados compilados a intervenção justifica-se plenamente, pelo facto do consumo de álcool no nosso país, região e a nível local ser fonte de preocupação, justificada nos dados de morbilidade e mortalidade, nos DALY, e na incapacidade que o seu consumo causa. Numa situação como a atual, mais do que nunca fazem sentido intervenções que facilitem a promoção da saúde, a prevenção da doença e o diagnóstico precoce, como forma de evitar sofrimento, aumentar o bem-estar e a felicidade dos indivíduos, reduzir custos no tratamento e reabilitação da doença, recursos que são cada vez mais escassos, encontrando-se esta linha de pensamento mais do que corroborada por toda a literatura e orientações a nível nacional e internacional. Contudo, e porque a doença existe e existirá, não faz sentido elaborar um projeto esquecendo aqueles que a contraíram. Para eles, numa perspetiva de prevenção terciária, este projeto contempla intervenções que colmatam as suas necessidades.

A intervenção proposta relativamente aos quatro níveis de prevenção é inovadora, no sentido em que não existia antes nenhum tipo de intervenção formal ao nível das pessoas com PLA neste concelho. Daí que as equipas das Unidades Funcionais o sentissem como um problema muito importante da comunidade, onde não existiam respostas formais. A nossa intervenção foi sentida como uma resposta muito positiva no sentido da prevenção, do diagnóstico, da reabilitação ou da RRMD, nos PLA da população abrangida.

Por outro lado, não existem dados diretos a nível distrital posteriores a 2007, não existindo de todo dados a nível concelhio. A implementação da estratégia de atuação deste projeto a nível da intervenção secundária também vai permitir o surgimento de números relativos aos PLA concelhios, sendo fundamental em Planeamento o conhecimento da prevalência desta problemática, para a instauração atempada de medidas de prevenção e controlo adequadas, assim como para a avaliação da efetividade e eficiência dessas medidas (avaliação de resultados) no futuro.

A formação em PLA veio colmatar as necessidades sentidas e expressas pelos profissionais do Agrupamento de Escolas nas suas atividades com indivíduos em CAD e em particular no consumo de álcool. Congratulamo-nos sobremaneira com a adesão do Agrupamento de Escolas ao Programa de Promoção para a Saúde, de forma a contribuir para a inexistência ou, pelo menos, para o retardamento do contacto dos jovens alvo da intervenção com as SP em geral e com o álcool em particular. Congratulamo-nos igualmente com o início da implementação da equipa PLA deste concelho, pese embora o facto de a gestão da articulação formal da equipa nuclear pelo CRI apenas ser possível a partir do mês de abril de 2015, facto que atrasa o início do normal funcionamento desta equipa, espaço onde virá a ser construído o manual de procedimentos da equipa nuclear/alargada. De referir, no entanto, que este atraso não interfere com o normal atendimento dos indivíduos com PLA no terreno, uma vez que a equipa de rua continua o acompanhamento dos indivíduos/famílias encaminhados, e está a ser informalmente transmitido o seu *feedback* às Unidades UCC, USF, UCSP, assistência social e vice-versa. No momento em que esta realidade se plasme, a desejada articulação com a equipa PLA alargada tornar-se-á mais visível, pela construção formal dos PII interdisciplinares e em articulação entre as Unidades do Centro de Saúde e a equipa de rua, emergindo com isso a necessidade de articulação com as instituições da equipa PLA alargada, no sentido de dar resposta às necessidades de acompanhamento de cada caso PLA em concreto. Esta forma de atuação vai seguramente acrescentar qualidade aos cuidados prestados a estes indivíduos/famílias/comunidade.

No presente projeto perspetiva-se apenas o início de um caminho que se pretende frutuoso, mas pode concluir-se que os objetivos inicialmente propostos foram conseguidos, graças ao entusiasmo e empenho demonstrado por todos os intervenientes em conseguir atingir realidades teórico-práticas que produziram empoderamento. Num segundo momento perspetiva-se que os indivíduos alvos dos cuidados beneficiem dos esforços e técnicas aprendidas pelos profissionais e sejam alvo de uma educação para a saúde que

lhes permita adquirir competências que os empodere de forma a tornarem-se autónomos nas decisões informadas que tomem. Perspetiva-se ainda o acompanhamento daqueles que estejam numa fase mais avançada de doença, sendo-lhe garantidos os cuidados mais adequados à sua situação de saúde em particular.

Podemos pois afirmar sem lugar a dúvida que está construída uma base suficientemente sólida, de forma a sustentar a continuação da implementação deste projeto, estando reunidas as condições humanas e materiais necessárias ao sucesso desta empresa.

## BIBLIOGRAFIA

ACAUAN, Laura; DONATO, Marilurde e DOMINGOS, Ana. – Alcoolismo: Um novo desafio para o enfermeiro. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Rio de Janeiro. Vol. 12, nº 3 (2008), p. 566-770.

ANDERSON, Peter; GUAL, Antoni e COLOM, Joan. Projecto Europeu de Cuidados Primários e Álcool (PHEPA). - **Álcool e Cuidados de Saúde Primários: Recomendações Clínicas para a detecção e Intervenções Breves.** Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2005.

ALMEIDA, M. Lúcio – Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** Lisboa. Vol. 23, nº 1 (2005), p. 91-96.

BABOR, F. Thomas e HIGGINS-BIDDLE C. John. Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias – **Intervenções breves: Para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas. Manual para utilização nos Cuidados Primários de Saúde.** Genebra: WHO, 2001.

BABOR, F. Thomas [et al.]. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias – **AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria.** Ginebra: OMS, 2001.

BALSA, Casimiro; VITAL, Clara e PASCUEIRO, Liliana. CesNova – Centro de Estudos em Sociologia. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa. – **O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal. Prevalências e padrões de consumo, 2001-2007.** Lisboa: IDT, 2011. ISBN 978-972-9345-74-6.

BALSA, Casimiro; VITAL, Clara e URBANO, Cláudia. CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa. – **III Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2012: Relatório preliminar.** Lisboa: SICAD, 2013.

BECONA, I. Elisardo. Universidad de Santiago de Compostela. – **Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.** Ministerio del Interior, Delegacion del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Secretaría General Técnica, 2002. ISBN 84-8150-240-5.

BECONA, I. Elisardo [et al.] – **Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación**. Barcelona: Socidrogalcohol. ISBN 978-84-933094-3-5.

BERTONI, Luci. – Álcool e alcoolismo: aspectos históricos. **VII colóquio do museu pedagógico**. Bahia. ISSN 2175-5493 (2009), p. 261-280.

BOUTINET, Jean-Pierre – **Antropologia do Projeto**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. ISBN 9788573078077.

BRAZIL. Rio Prefeitura. Saúde e Defesa Civil, Viva Comunidade - **Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde: Diminuir para somar. Ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidado aos usuários de drogas**. Rio de Janeiro: Área de educação permanente do Viva Comunidade, 2010.

CALAFAT, Amador e AMENGUAL, M. Miguel. – **Actuar es posible: Educación sobre el alcohol**. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. ISBN 84-8150-205-7.

CAVALCANTE, T. Maria; ALVES, S. Maria e BARROSO, T. Maria. – Adolescência, Álcool e drogas: Uma revisão na perspectiva da Promoção da Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. Vol. 12, nº 3 (2008), p. 555-559.

CLEMENTE, M.F.; RIBEIRO, C. – Prevenção dos problemas ligados ao álcool em cuidados primários de saúde. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Lisboa. Nº 24 (2008), p. 317-322.

DECRETO do Governo nº 20-A/87. **DR I Série**. 134 (1987/06/12) 2308-(2).

DECRETO-LEI nº 745/75. **DR I Série**. 300 (1975/12/31) 2160-(1)-2160-(2).

DECRETO-LEI nº 792/76. **DR I Série**. 259 (1976/11/05) 2512-2516.

DECRETO-LEI nº 83/90. **DR I Série**. 61 (1990/03/14) 1222-1224.

DECRETO-LEI nº 43/94. **DR I Série A**. 40 (1994/02/17) 724.

DECRETO-LEI nº 269/95. **DR I Série A**. 242 (1995/10/19) 6484-6486.

DECRETO-LEI nº 1/2003. **DR I Série A**. 4 (2003/01/06) 31-34.

DECRETO-LEI nº 212/2006. **DR I Série**. 208 (2006/10/27) 7517-7525.

DECRETO-LEI nº 221/2007. **DR I Série**. 103 (2007/05/29) 3516-3519.

DECRETO-LEI nº 81/2009. **DR I Série.** 65 (2009/04/02) 2058-2062.

DECRETO-LEI nº 40/2010. **DR I Série.** 82 (2010/04/28) 1461-1466.

DECRETO-LEI nº 17/2012. **DR I Série.** 19 (2012/01/26) 478-480.

DECRETO Regulamentar nº 41/88. **DR I Série.** 269 (1988/11/21) 4660.

DESPACHO nº 2976/2014. **DR II Série.** 37 (2014/02/21) 5402-5403.

DESPACHO nº 31292/2008. **DR II Série.** 236 (2008/12/05) 49207-49231.

DESPACHO nº 3802/2015. **DR II Série.** 74 (2015/04/16) 9273-9274.

DESPACHO Normativo nº 176/77. **DR I Série.** 200 (1977/08/30) 2085.

ESPAÑA. Diputació Barcelona. Centro de prevención e intervención en drogodependencias. – **Guía para la elaboración de un plan local de prevención de drogodependencias.** Barcelona: Diputación de Barcelona, 2013.

ESPAÑA. Secretaría General de Política Social y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. - **Guía de prevención de las drogodependencias.** Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

ESPAÑA. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. – **Actuar es Posible: El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas.** Barcelona: semfyc ediciones, 2007. ISBN 978-84-96761-5.

ESQUERDO T. e LIMA E. - The economic costs of alcohol misuse in Portugal: Estudo de álcool. **Working paper Series.** Nucleo de Investigação em Microeconomia Aplicada. Universidade do Minho. Nº 24 (2003), p. 1-21.

FILHO, Naomar e ROUQUAYROL, Maria. – Modelos de saúde-doença. In FILHO, Naimar e ROUQUAYROL, Maria. – Introdução à Epidemiologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2006. ISBN 978-85-277-1187-6. P. 32-72.

GÉRVAS, Juan – Iatrogenia preventiva social (los daños sociales provocados por las actividades preventivas). **Equipo CESCOA.** [consultado 13 Feb. 2015]. Disponível na <http://equipocesca.org/iatrogenia-preventiva-social/>

GLICK, F. Doris e STANHOPE, Marcia. – Gestão de Programas. In STANHOPE, Marcia e LANCASTER, Jeanette. – **Enfermagem de saúde pública. Cuidados de saúde na**

**comunidade, centrados na população.** Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. P. 516-546.

GUERRA, Isabel. – **Introdução à metodologia do projeto.** Lisboa. 1994.

JOMAR, T. Rafael e ABREU, M. Ângela. – Intervenções Breves para uso problemático de álcool: Potencial de aplicação na prática do Enfermeiro. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro. Vol. 20, nº 3 (2012), p. 391-395.

LAVERAK, Gleen – As tensões na programação da promoção da saúde. In LAVERAK, Gleen – **Promoção da saúde. Poder e empoderamento.** Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-09-3. p. 75-93.

KELLER, O. Linda; STROHSCHEIN, Sue e BRISK, Laurel. – Prática de enfermagem de saúde pública centrada na população: A roda de intervenção. In STANHOPE, Marcia e LANCASTER, Jeanette. – **Enfermagem de saúde pública. Cuidados de saúde na comunidade, centrados na população.** Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 196-223.

LEI nº 147/99. **DR I Série A.** 204 (1999/09/01) 6115-6132.

LEI nº 31/2003. **DR I Série A.** 193 (2003/08/22) 5313-5329.

LIMA, C. M. e RIBEIRO, C. – Prevenção dos problemas ligados ao álcool em cuidados primários de saúde. **Revista Portuguesa de Clínica Geral.** Lisboa. Nº 24 (2008), p. 317-322.

MACIEL, Luciana [et al.] – Consequências e dificuldades da dependência química no âmbito familiar: Uma revisão da literatura. **Revista APS.** Juiz de Fora. Vol. 16, nº 2 (2013), p. 187-196.

MAGALHÃES, Rosana; BODSTEIN, Regina. – Avaliação de iniciativas e programas intersectoriais em saúde: Desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva.** Vol. 14, nº 3 (2009), p. 861-868.

MARQUES, R. Ana e FURTADO, Erikson. – Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** São Paulo. nº 26 (2004), p. 28-32.



MATHRE, Mary. – Problemas com álcool, tabaco e outras drogas. In STANHOPE, Marcia e LANCASTER, Jeanette. – **Enfermagem de saúde pública. Cuidados de saúde na comunidade, centrados na população.** Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 851-877.

MATOS, Margarida. A saúde do adolescente: O que se sabe e quais os seus desafios. **Análise Psicológica.** Aveiro. nº 2, série XXVI (2008), p. 251-263.

MELLO, M. Maria; BARRIAS, C. José e BREDÁ, João. – **Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-93-0.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE – **Carta Europeia do álcool.** Paris: OMS, 1995.

ONEGA, L. Lisa e DEVERS, Edie. – Educação para a saúde e processo de grupo. In STANHOPE, Marcia e LANCASTER, Jeanette. - **Enfermagem de saúde pública. Cuidados de saúde na comunidade, centrados na população.** Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 302-330.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE – **Carta de Ottawa para a promoção da saúde: Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde.** Ottawa: OMS, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em todas as Políticas: No caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Relatório do Encontro Internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas.** Genebra: OMS, 2010. ISBN 978 92 4 859972 9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE – **Com vista a uma estratégia global para reduzir o uso do álcool: Documento para discussão na reunião regional de consulta técnica sobre o uso do álcool.** Genebra: OMS, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE – **Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde, todos pela equidade. Conferência mundial sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro, Brasil.** Genebra: OMS, 2011. ISBN 978 92 4 850240 8.

ORGANIZACION MUNDIAL de la SALUD – **Alcohol: Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.** Ginebra: OMS, 2010. ISBN 978 92 4 359993 9.

ORGANIZACION MUNDIAL de la SALUD – **Declaracion de Yakarta sobre la promocion de la Salud en el siglo XXI: Cuarta conferencia internacional sobre la promocion de la salud.** Yakarta: OMS, 1997.

ORGANIZACION MUNDIAL de la SALUD – **ASSIST: La prueba de deteccion de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atencion primaria.** OMS, 2011. ISBN 978-927533236-8.

ORGANIZACION MUNDIAL de la SALUD – **Estrategias de Autoayuda: Para reducir o eliminar el consumo de sustancias. Una guia.** OMS, 2011. ISBN 978-927533235-1.

ORGANIZACION MUNDIAL de la SALUD – **Estadisticas Sanitarias Mundiales 2013.** Geneva: OMS, 2013. ISBN 978 92 4 356458 6.

ORGANIZACION MUNDIAL de la SALUD – **Intervencion Breve: Intervencion Breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustâncias. Manual para uso en la atención primaria.** OMS, 2011. ISBN 978-927533234-4.

ORGANIZACION MUNDIAL de la SALUD – **Promocion de la salud: Glosario.** Ginebra: OMS, 1998.

PASCUAL, P. Francisco e GUARDIA, S. Josep – **Monografia sobre el Alcoholismo.** Barcelona: Socidrogalcohol, 2012. ISBN 978-84-933094-4-2.

**Percursos.** Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem: da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal. 2010, nº 15. ISSN 1646-5067.

PAULA, P. João Miguel – Estilos parentais, inteligência emocional e o *enfant terrible* – relações, implicações e reflexões. **Revista de Enfermagem Referência.** Coimbra. III série, nº 8 (2012), p. 155-162.

PEREIRA, Fernando [et al.] – **Representações dos alcoólicos e seus familiares sobre o alcoolismo. A experiência da associação Reaprender a Viver, Bragança. Saúde, Cultura e Sociedade: Actas do II Congresso Internacional, Tavira, 2006.** Póvoa de Varzim: Associação para a Investigação e Desenvolvimento Sócio-cultural.

PEREIRA, Maria [et al.] – Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília. ISSN 0034-7167. Vol. 66, nº 3 (2013), p. 420-428.

PORTARIA nº 74/89. **DR I Série.** 28 (1989/02/02) 429-430.

PORTARIA nº 154/2013. **DR I Série.** 75 (2013/04/17) 2254-2257.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. – **Norma 030/2012: Detecção precoce e Intervenção Breve no consumo excessivo do álcool no adulto.** Direcção Geral de Saúde, 2012.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. – **Norma 036-2012: Diagnóstico de Policonsumos em Adolescentes e Jovens.** DGS, 2012.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.** Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2012.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde – **Programa Nacional de Saúde Escolar.** Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2007. ISBN 978-972-675-153-3.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Programa Nacional de Saúde escolar.** Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2014.

PORTUGAL. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – **Avaliação da estratégia nacional de luta contra a droga, 1999 – 2004: Sumário executivo do Coordenador Nacional do combate à droga e à toxicodependência.** Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2004.

PORTUGAL. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., Delegação Regional do Norte. – **Catálogo assistencial: Centro de Respostas Integradas de Viana do Castelo.** Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011.

PORTUGAL. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., Departamento de intervenção na comunidade. Núcleo de Redução de Danos. – **Guia de Apoio para a intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos.** Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2009. ISBN 978-972-9345-71-5.

PORTUGAL. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – **O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: Prevalência e padrões de consumo, 2001 – 2007.** Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011.

PORTUGAL. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – **Plano de Acção contra as drogas e as toxicodependências 2009 – 2012**. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2009.

PORTUGAL. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – **Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010 – 2012**. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2010. ISBN 978-972-9345-75-3.

PORTUGAL. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. Grupo de Apoio à Coordenação do PORI – **Plano Operacional de Respostas Integradas: Documento de apoio**. Lisboa, Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2006 – 2007.

PORTUGAL. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – **Rede de Referência / Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool**. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011.

PORTUGAL. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. – **Sumário executivo do contributo final do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. para o Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016**. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

PORTUGAL. Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde. Conselho pedagógico da ESS - **Orientações para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos: Projetos, relatórios, monografias e dissertações**. Viana do Castelo: 2013.

PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. – **Relatório de Primavera 2013: duas faces da saúde**. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Lisboa: 2013.

PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. – **Relatório de Primavera 2014: saúde síndrome de negação**. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Lisboa: 2014.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem – **Parecer N.º 109 / 2009: Educação Sexual nas escolas**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

PORTUGAL. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. – **Plano Estratégico 2013 – 2015**. Lisboa: SICAD, 2013. ISBN 978-972-9345-83-8.

PORTUGAL. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. – **Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013 – 2020**. Lisboa: SICAD, 2013.

PORTUGAL. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. – **Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências**. Lisboa: SICAD, 2013.

PORTUGAL. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Divisão de Estatística e Investigação e Divisão de Informação e Comunicação. – **Relatório Anual 2012 – A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências**. Lisboa: 2013.

RABINOVICH L. [et al.] - **Further study on the affordability of alcoholic beverages in the EU. A focus on excise duty pass-through, on-and off-trade sales, price promotions and pricing regulations**. Arlington: Rand Corporation, Europe, 2012.

**Revista adicciones**. Alcohol. Barcelona, [2002]. Vol. 14, Supl.1.

RESOLUÇÃO do Conselho de Ministros n.º 40/99. **DR I Série B**. 107 (1999/05/08) 2398.

RESOLUÇÃO do Conselho de Ministros n.º 166/2000. **DR I Série B**. 276 (2000/11/29) 6837-6841.

ROBLEDÓ, Teresa e CÓRDOBA, Rodrigo. Grupo de educación sanitaria y promoción del PAPPS – **Cómo actuar ante el consumo de alcohol: Guía de referencia para profesionales de Atención Primaria**. 2ªed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), 2007. ISBN 84-96216-71-3.

ROCHA, S. Walkiria [et al.] – Concepções dos usuários de crack sobre os fatores que influenciam o uso e a dependência. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. Ribeirão Preto. ISSN 1806-6976. Vol. 11, n.º 3 (2015), p. 129-135

SHUSTER, F. George e GOEPPINGER, Jean. – A comunidade como cliente: Apreciação e análise. In STANHOPE, Marcia e LANCASTER, Jeanette. - **Enfermagem de saúde pública. Cuidados de saúde na comunidade, centrados na população.** Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. P.356-389.

SILVA, S. E. D. [et al.] – Alcoolismo e educação em saúde: Implicações para Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro. Vol. 11, nº 4 (2007), p. 699-705.

SILVA, S. Mara – Família de alcoolista: O retrato que emerge da literatura. **Família Saúde e Desenvolvimento.** Curitiba. Vol. 5, nº 1 (2003), p. 9-18.

SOBRAL, André e FREITAS M. Carlos – Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde e Sociedade.** São Paulo. Vol. 19, nº 1 (2010), p. 35-47.

UNITED NATIONS. Office on Drugs and Crime – **Schools: School-based education for drug abuse prevention.** Vienna: Global Youth Network, 2002. ISBN 92-1-148191-0.

VARGAS-MONIZ, Maria; MORGADO, José – Parcerias e coligações comunitárias: Potencialidades e desafios na criação de respostas articuladas. **Análise Psicológica.** Lisboa. Vol. 3, nº 28 (2010), p. 395-409.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. – **Alcohol: Global status report on alcohol and health 2014.** Geneva: WHO, 2014. ISBN 978 92 4 069276 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substances Abuse – **Global Status Report on Alcohol.** Geneva: WHO, 2004. ISBN 92 4 156272 2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe – **Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.** Copenhagen: WHO, 2013. ISBN 978 92 890 0278 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Strategies to reduce the harmful use of alcohol: Sixty-First World Health Assembly.** WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Ashgabat Declaration on the prevention and control of noncommunicable diseases in the context of Health 2020.** WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **World health statistics 2014**. Geneva: 2014.  
ISBN 978 92 4 069267 1.

ZANOTI-JERONYMO, V. Daniela e CARVALHO, P. Ana. – Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: Uma revisão bibliográfica. SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. Ribeirão Preto. ISSN 1806-6976. Vol. 1, nº 2 (2005), p. 1-15.

## APÊNDICES



## Apêndice I

### Eixo I – Prestação de cuidados

---

## Eixo I

### Prestação de Cuidados

---

#### Fundamentação

No contexto dos cuidados de saúde, a problemática do álcool tem vindo a adquirir cada vez mais importância. É a base encoberta e muitas vezes negligenciada de outros diagnósticos, como a HTA. É igualmente fonte geradora de problemas de relevante importância em saúde pública, como os acidentes de viação ou a violência doméstica, entre muitos outros sobejamente descritos na literatura, dando lugar a patologia física e psicológica, a distúrbios mentais, assim como a gastos com atividades de prevenção terciária, de tratamento e reabilitação destes indivíduos. Os indivíduos com PLA afetam sobremaneira as comunidades que integram em aspetos como por exemplo os acidentes e o absentismo laborais. Pese aqui o facto de Portugal ser um país produtor de álcool, havendo assim interesses económicos que não possibilitam a implementação de legislação mais protetora dos cidadãos, como por exemplo a implementada nos países nórdicos. Daí que na nossa realidade nacional o consumo de álcool seja culturalmente aceite, dando lugar a que os PLA passem, muitas vezes, social e culturalmente despercebidos e sejam sistematicamente ignorados e menosprezados, tendo, no entanto, grande peso negativo nos indicadores de saúde que se encontram direta ou indiretamente relacionados com o seu consumo abusivo.

Decorre desta realidade a importância da enfermagem como profissão com papel fulcral na promoção de saúde das comunidades a quem presta cuidados. Daí que seja fundamental aumentar o seu foco neste grave problema de saúde pública, a nível, já não só da chamada porta de entrada dos cuidados, constituída pelos CSP, mas também a nível de todas as especialidades direta ou indiretamente implicadas nos cuidados aos indivíduos com esta problemática.

Centramo-nos neste projeto pela sua relevância em prevenção primordial, primária, secundária e terciária e quaternária. Nas equipas de enfermagem dos cuidados de saúde primários, sediadas nos Centros de Saúde, pela sua crucial atuação a montante do problema, com intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença, incluindo o diagnóstico precoce, atuações estas cada vez mais recomendadas em todas as diretrizes internacionais, tendo em atenção o período de crise que atravessamos, a contenção de gastos e os inegáveis ganhos em saúde das populações-alvo destas intervenções.

Assumem assim relevância as suas intervenções nos programas de prevenção primordial e primária atuais construídos à luz da melhor evidência científica do momento, como o “Eu e os Outros” a sua intervenção ao nível da promoção de competências como a assertividade, as competências de comunicação, a gestão de conflitos, a gestão de emoções e da tomada de decisões, entre outras, identificadas como fundamentais para a prevenção em CAD, em particular do álcool. A escola e os professores assumem também um papel preponderante na implementação destes programas, como sobejamente o prova a literatura.

Com a implementação de atividades em prevenção secundária, como a IB, preconizadas pela OMS, se pode rastrear a situação de bem-estar dos indivíduos no que diz respeito ao álcool, conduzindo a uma intervenção que permite o diagnóstico precoce de PLA ou a congratulação e o incentivo ao controlo dos consumos. De acrescentar aqui a obtenção de indicadores que irão permitir quantificar esta problemática, facilitando significativamente o processo de planeamento em saúde a nível local.

A intervenção a nível terciário está igualmente contemplada, com a implementação das equipas de rua multidisciplinares, que atuam numa base de RRMD, não esquecendo a intervenção ao nível do recrutamento destes indivíduos para tratamento, assim como a possível reinserção social precoce.

Sem esquecer ter sempre em atenção os designios da intervenção quaternária.

---

#### Objetivos

- Implementar o Programa “Eu e os Outros” no Agrupamento de Escolas de Paredes de Coura.
- Implementar a equipa PLA no Centro de Saúde de Paredes de Coura.
- Produzir números que quantifiquem a problemática a nível local.

---

#### Estratégias

- Efetivação do Programa “Eu e os Outros” no Agrupamento de Escolas de Paredes de Coura.
- Aplicação de IB aos utentes alvo de monitorização com o AUDIT.
- Efetivação da equipa PLA nuclear e alargada, do Centro de Saúde de Paredes de Coura.

---

#### Indicadores de execução

- Implementação do Programa “Eu e os Outros” até julho/2015
- Aplicação das IB até março/2015
- Efetivação da equipa PLA nuclear e alargada de Paredes de Coura até abril/2015

## Apêndice II

---

Eixo II – Organização e Gestão de Cuidados e elaboração de um manual de procedimentos para a equipa PLA

---

## Eixo II

### Organização e gestão de cuidados e elaboração de um manual de procedimentos para a equipa PLA

---

#### Fundamentação

É essencial em todo o projeto a atribuição das intervenções a alguma entidade em concreto, com o fim de que sejam efetivamente efetuadas e não haja sobreposição de funções, para que a avaliação da implementação seja facilmente efetuada, com o consequente ganho na otimização das intervenções e nos recursos afetados.

Para isto, figura-se essencial a criação de indicadores que possibilitem a monitorização do processo, com a possibilidade de instauração de medidas corretivas. Esta intervenção estará a cargo do gestor do projeto.

Figura-se igualmente essencial a criação de um manual de procedimentos, que enquadre a intervenção da equipa PLA.

---

#### Objetivos

- Definir os indicadores de gestão do projeto
  - Elaborar um plano de obtenção de dados resultantes do projeto
  - Elaborar o manual de procedimentos da equipa PLA de Paredes de Coura
- 

#### Estratégias

- Analisar com os parceiros a atividade de processo do projeto
  - Definição dos indicadores de gestão do projeto
  - Elaboração do plano de obtenção de dados do projeto:
    - # Fonte dos dados
    - # Método de recolha
    - # Cronograma de recolha
    - # Atribuição do responsável pela recolha
  - Agendamento de reuniões periódicas com a equipa PLA nuclear de Paredes de Coura para análise dos dados/objetivos traçados
  - Criação do manual de procedimentos da equipa PLA de Paredes de Coura
-

---

## Indicadores de execução

- Definição dos indicadores de processo do projeto até março/2015
- Elaboração do plano de obtenção de dados até abril/2015
- Reuniões mensais
- Criação do manual de procedimentos até junho/2015

### Apêndice III

---

#### Eixo III – Adequação dos sistemas de informação



## Eixo III

### Adequação dos sistemas de informação

---

#### Fundamentação

A adequação dos sistemas de informação figura-se essencial á avaliação do projeto, assim como á criação de dados passíveis de avaliar as intervenções efetuadas, assim como estabelecer a interface com os objetivos definidos.

Na realidade local, embora exista o SAPE, este não contempla nenhum método de avaliação de intervenções de Enfermagem em PLA, motivo pelo qual é de relevante importância para a implementação deste projeto, a criação de meios que possibilitem a introdução dos dados resultantes das intervenções de Enfermagem nesta problemática, assim como garantir a acessibilidade a esses dados com o fim de poder avaliar os indicadores definidos para as avaliações intermedias e final da execução do projeto.

Desta forma urge o estabelecimento de atividades que viabilizem a criação de espaços de registo de informação relacionada com os PLA com os fins previstos de avaliação, assim como de criação de informação que possibilite o planeamento em saúde.

---

#### Objetivos

- Incorporar as IB, nas intervenções contratualizadas pela ULSAM nas unidades USF e UCSP.
  - Incorporar os indicadores PLA nos indicadores contratualizados pela ULSAM
  - Propor ao SPMS a introdução do AUDIT no SAPE
- 

#### Estratégias

- Reuniões, com o Conselho Clínico da ULSAM, para a inclusão das IB, nas intervenções contratualizadas nas unidades USF e UCSP.
  - Reunião com o Conselho Clinico da ULSAM para a incorporação dos indicadores PLA nos indicadores contratualizados pela ULSAM
  - Elaboração de carta fundamentada á SPMS para a introdução do AUDIT no SAPE
- 

#### Indicadores de Execução

- Reuniões com o Conselho Clinico da ULSAM até julho/2015

- Reunião com o Conselho Clínico da ULSAM até julho/2015
- Elaboração de carta fundamentada à SPMS até julho/2015

Apêndice IV

---

Eixo IV – Formação

---

---

## Eixo IV

### **Formação**

---

#### **Fundamentação**

Os espaços que possibilitem a aquisição de novas competências constituem premissas essenciais aos projetos que se pretendem inovadores. O desenvolvimento de competências pessoais e profissionais dos elementos envolvidos na equipa PLA é fundamental ao êxito futuro do projeto, assim como para a melhoria contínua da qualidade do mesmo. Desta forma, importa efetuar a avaliação das necessidades formativas dos profissionais, de forma a proceder a um diagnóstico de necessidades de formação, com a consequente elaboração de um plano de formação, que espelhe as necessidades de formação da equipa.

---

#### **Objetivos**

- Elaborar anualmente o diagnóstico de necessidades de formação da equipa PLA de Paredes de Coura
  - Elaborar o plano anual de formação da equipa PLA de Paredes de Coura
  - Eleger um responsável pela planificação da formação da equipa PLA de Paredes de Coura
- 

#### **Estratégias**

- Elaboração anual do diagnóstico de necessidades de formação pela equipa PLA de Paredes de Coura
  - Elaboração do plano anual de formação da equipa PLA de Paredes de Coura
  - Eleição de um responsável pela planificação da formação da equipa PLA de Paredes de Coura
- 

#### **Indicadores de execução**

- Elaboração anual do diagnóstico de necessidades de formação até março/2015
- Elaboração do plano anual de formação até abril/2015
- Eleição de um responsável pela planificação da formação até abril/2015

## Apêndice V

---

Cronograma de acompanhamento do desempenho dos objetivos

[illegible]



[illegible]



[illegible]

## **Apêndice VI**

---

Definição de objetivos e indicadores

Indicadores: Chave de monitorização e avaliação 2014-2016

Objetivo	Indicador	Fonte	Meta	Resultado			Leitura
Implementação do programa “Eu e os Outros” na EB2,3 S do Agrupamento de Escolas de Paredes de Coura	<b>Percentagem de professores que concluíram formação</b>  $\frac{\text{Nº de professores que concluíram a formação}}{\text{Nº total de professores da EB2,3 S}} \times 100$	Prof. Coordenadora EPS/ CRI	Aumentar em 10% em 2016	2015	2016	2017	Anual
	<b>Percentagem de alunos do 2º ciclo alvo do programa</b>  $\frac{\text{Nº de alunos do 2º ciclo alvo do programa}}{\text{Nº total de alunos do 2º ciclo}} \times 100$	Prof. Coordenadora EPS/ CRI	Aumentar em 10% em 2016				Anual
	<b>Percentagem de alunos do 3º ciclo alvo do programa</b>  $\frac{\text{Nº de alunos do 3º ciclo alvo do programa}}{\text{Nº total de alunos do 3º ciclo}} \times 100$	Prof. Coordenadora EPS/ CRI	Aumentar em 10% em 2016				Anual
	<b>Percentagem de alunos do Secundário alvo do programa</b>  $\frac{\text{Nº de alunos do secundário alvo do programa}}{\text{Nº total de alunos do secundário}} \times 100$	Prof. Coordenadora EPS/ CRI	Aumentar em 10% em 2016				Anual

Objetivo	Indicador	Fonte	Meta	Resultado			Leitura
Implementação das IB No Centro de Saúde de Paredes de Coura	<b>Percentagem de indivíduos com fenómeno “uso de álcool “</b> $\frac{\text{Nº de indivíduos com fenómeno “uso de álcool”}}{\text{Nº total de inscritos}} \times 100$	SAPE	Aumentar em 10% em 2016	2015	2016	2017	Semestral
	<b>Percentagem de indivíduos com diagnóstico clínico “Abuso crónico do álcool”</b> $\frac{\text{Nº de indivíduos com diagnóstico “abuso crónico do álcool”}}{\text{Nº total de inscritos}} \times 100$	MIM@UF	Aumentar em 10% em 2016				Semestral
	<b>Percentagem de indivíduos utilizadores da consulta de enfermagem rastreados para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas</b> $\frac{\text{Nº de indivíduos utilizadores da consulta rastreados para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas}}{\text{Nº de indivíduos adultos utilizadores da consulta}} \times 100$	MIM@UF	Aumentar em 10% em 2016				Semestral
	<b>Percentagem de indivíduos utilizadores da consulta de enfermagem com consumo de risco e nocivo de álcool a quem foi oferecida uma IB</b> $\frac{\text{Nº de indivíduos utilizadores da consulta com consumos de risco e nocivos de álcool a quem foi oferecida uma IB}}{\text{Nº de indivíduos utilizadores da consulta com consumos De risco e nocivos de álcool}} \times 100$	MIM@UF	Aumentar em 10% em 2016				Semestral
	<b>Percentagem de indivíduos utilizadores do Centro de Saúde com critérios de dependência de álcool referenciados para consulta especializada</b> $\frac{\text{Nº de indivíduos utilizadores do Centro de Saúde com critérios de dependência de álcool referenciados a consulta especializada}}{\text{Nº de indivíduos utilizadores da consulta com critérios de Dependência de álcool}} \times 100$	MIM@UF	Aumentar Em 10% Em 2016				Semestral

## **Apêndice VII**

---

Os problemas ligados ao álcool. Equipa PLA – Paredes de Coura

## **Os problemas ligados ao álcool. Equipa PLA – Paredes de Coura**

A formação pretende habilitar os profissionais com as ferramentas, conceitos e metodologias fundamentais à constituição e funcionamento de uma equipa PLA, bem como dotá-los de conhecimento/competência para o rastreio, a aplicação de intervenções breves, a referenciação e monitorização dos indivíduos e famílias que apresentem PLA.

### **Objetivos da formação PLA para a constituição da equipa PLA deste Concelho.**

- Assegurar uma resposta integrada aos PLA, numa perspetiva transdisciplinar e interinstitucional, rentabilizando os escassos recursos humanos existentes no concelho para a abordagem à problemática dos PLA;
- Garantir a deteção precoce e intervenções breves junto dos consumidores de risco, nocivos e dependentes, no âmbito dos cuidados de saúde primários (nível 1 de intervenção);
- Garantir a supervisão, monitorização e acompanhamento dos casos com PLA, no âmbito dos CSP;
- Intervir junto das famílias, no sentido de avaliar e minimizar as repercussões na funcionalidade das mesmas;
- Permitir uma resposta assistencial a situações em que outros profissionais tenham maior dificuldade em intervir, podendo os elementos desta equipa estabelecer a articulação com os outros níveis de intervenção (nível 2 e nível 3);
- Desenvolver uma resposta formativa que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos profissionais de CSP no âmbito dos PLA promovendo a discussão de casos clínicos.

### **Conteúdos:**

- Acolhimento e apresentação;
- PLA e dependências – contextualização;
  - # Aspetos epidemiológicos e etiológicos.
  - # Conceitos básicos sobre bebidas alcoólicas, álcool e seus efeitos;
  - # Padrões de consumo;

- Detecção, rastreio diferencial e intervenção em PLA;

# Técnicas e instrumento de detecção, AUDIT.

# Consumo de baixo risco, de risco, nocivo e dependência.

# Modelos de intervenção em ambulatório e abordagens farmacológicas e não farmacológicas.

- Intervenção Psicoterapêutica.

# Intervenções breves de base motivacional.

# Comorbidades orgânicas e psiquiátricas.

- Rede de referência;

# Critérios de referência.

# Estruturas e tipos de respostas disponíveis

# Procedimentos de encaminhamento.

- Reinserção Social.

- Avaliação.